

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

ET DES ORGANES CONNEXES

DE L'ÉDUCATION DES SOURDS-MUETS,

par M. Coldefy,

professeur à l'Institution nationale des sourds-muets.

Parmi les procédés qui s'offrent au choix de tout instituteur de sourds-muets, il s'agit de discerner ceux qui seront les plus capables de conduire sûrement au but qu'il se propose.

Il ne faut pas oublier que l'influence d'une méthode d'enseignement ne se borne pas à faciliter l'acquisition plus ou moins complète des connaissances, mais qu'elle a encore une action indirecte, il est vrai, mais puissante sur le développement des facultés de l'intelligence elle-même.

L'emploi de toute méthode est un exercice, et tout exercice, suivant qu'il est bien ou mal dirigé, peut être ou salubre ou nuisible.

Ces considérations acquièrent, dans l'éducation du sourd-muet, une importance d'autant plus grande, que cet enfant se trouve, au point de vue intellectuel, dans un état voisin de l'indigence au moment où il va recevoir les leçons de l'instituteur qui, ne pouvant, dans le laps de temps accordé pour cette instruction, transmettre à cet élève que des ger-

mes de connaissances, doit tendre forcément à le mettre en mesure d'apprendre par lui-même et à lui donner plus encore des notions générales qu'une instruction toute faite.

L'objet spécial de l'instruction du sourd-muet étant la connaissance usuelle, pratique, de la langue, c'est vers cette étude que doivent se porter les premiers efforts de l'instituteur pour amener cet infortuné à participer à ce commerce intellectuel qui enrichit chacun des pensées de tous.

Les moyens pour atteindre ce but sont :

- 1° Les faits, le dessin, le langage mimique;
- 2° L'écriture, la parole, la dactylologie.

Les faits, le dessin, le langage mimique ont une action immédiate sur l'intelligence en provoquant ou en réveillant des idées qu'ils traduisent en les imitant. L'analyse de la pensée découle naturellement de cette imitation qui nécessite l'étude préalable de l'idée.

L'écriture, la parole, la dactylologie n'apportent par elles-mêmes aucune lumière et ne servent à réveiller ou à interpréter les idées qu'au moyen de conventions; mais elles mettent le sourd-muet en mesure d'acquérir la langue de son pays par des procédés semblables à ceux qui ont servi à faire l'éducation de tous ses concitoyens.

Ces deux classes de procédés se prêtent un mutuel appui, en ce sens que le dessin et le langage d'action servent d'interprétation à la parole, à l'écriture et à la dactylologie; car ces dernières sont impuissantes par elles-mêmes à produire sur l'esprit la moindre impression.

Le dessin est un véritable langage, un langage d'analogie, de reproduction. Il réunit à une grande précision, une sévère économie de moyens.

A l'aide du dessin, on pourra placer sous les yeux du sourd-muet presque tous les objets qui appartiennent aux trois règnes de la nature, ce qui permettra d'étendre considérablement la nomenclature sans sortir de l'étroit domaine de la classe.

Le langage d'action a une grande affinité avec le dessin considéré comme langage; les observations que l'un suggère peuvent s'appliquer en grande partie à l'autre.

Le langage d'action, dans les ressources qu'il emploie, emprunte beaucoup aux procédés du dessin.

Non seulement il commence par dessiner lui-même, autant qu'il lui est possible, les formes extérieures des objets, mais il décrit encore les divers phénomènes naturels, autant du moins qu'il a pu les observer. Il a en outre sur le dessin l'avantage de pouvoir peindre le mouvement par une imitation directe.

Le langage d'action, tel que nous le comprenons, peut se définir : *le dessin dans l'espace*.

Là où le dessin reprend sa supériorité, c'est quand il s'agit de décrire les objets extérieurs et leurs propriétés visibles.

La dactylogogie est un alphabet manuel qui, avec les diverses positions de la main et des doigts, imite plus ou moins fidèlement les différents caractères de l'écriture. L'office de la dactylogogie consiste à rendre à l'écriture un peu de cette mobilité dont jouit la parole.

La dactylogogie est une écriture affranchie de tout appareil matériel. Elle se prête aux entretiens familiers ; elle offre son secours en tout temps et en tout lieu.

Pour les sourds-muets instruits, c'est une précieuse ressource et pour tout le monde un amusement. Le maître y trouve en outre un moyen facile, pratique, tant pour l'étude et la récitation des leçons que pour le développement normal de la mémoire des élèves. Du reste, son emploi en classe est de tous les instants. Elle joue un peu chez les sourds-muets le rôle de la parole chez les parlants. Mais elle implique chez ceux qui en font usage un certain développement intellectuel et une certaine acquisition de la langue.

Avant d'indiquer la marche à suivre pour instruire le sourd-muet et de formuler les principes de cette instruction, il nous a paru utile et logique de donner un aperçu succinct des divers procédés d'enseignement en usage dans nos écoles, afin de mettre nos lecteurs à même de se rendre un compte bien exact de tous les points de la question spéciale que nous traitons.

On a comparé l'enfant sourd-muet non instruit au nourrisson qu'élève la mère ou la nourrice. Cette comparaison

est trop défavorable au sourd-muet. C'est dire, en un mot, que les enfants entrent dans nos écoles spéciales table rase, mais l'expérience nous démontre tous les jours le contraire.

L'enfant nous arrive avec une certaine somme d'idées : elles sont, il est vrai, plus ou moins développées, selon le milieu dans lequel il a vécu. Ces idées quelquefois confuses, imparfaites, il les exprime à sa façon. Il s'efforce de les faire saisir à ceux qui l'entourent par une pantomime qui lui est familière et qui lui sert à faire connaître ses désirs, ses besoins.

Le sourd-muet non instruit a donc des idées, puisqu'il a des expressions. Ses expressions à lui sont des signes, signes primitifs, mais bien éloquents !

Comme idées acquises, le sourd-muet ne peut donc être assimilé à l'enfant entendant, leur situation n'étant pas identique. On ne pourra établir un terme de comparaison, un lien d'analogie entre ces deux enfants que dans la manière dont ils sont l'un et l'autre initiés à la langue de leur pays.

On a observé avec soin la marche progressive suivie par l'enfant parlant pour arriver à la connaissance de la langue maternelle ; mais ici, quelques philosophes, entraînés par le côté poétique de la chose, ont fait intervenir comme institutrice la mère ou la nourrice.

La mère ou la nourrice ne jouent pas seules un rôle dans cette éducation, il faut compter au nombre des instituteurs tous ceux qui sont en rapport avec ce petit être.

L'enfant, du reste, à cet âge, n'apprend pas tant par ce qui lui est adressé à lui directement que par ce qui se dit autour de lui. Un aperçu rapide de ce qui se passe autour de l'enfant parlant nous indiquera la marche à suivre pour l'éducation du sourd-muet.

Quand on s'adresse au petit être doué de l'intégrité de ses sens et dont l'intelligence s'éveille, lui tient-on de longs propos ? — Non, certes. Ce sont des exclamations, des mots qui paraissent sans suite. Qu'entend-il encore ? — Des ordres donnés par le père, la mère à ceux qui l'entourent.

Plus tard des questions ; bientôt après de courts récits. Pourquoi, devant ce petit être, encore si dépendant, em-

plie-t-on instinctivement l'interjection, le nom au vocatif, le verbe à l'impératif ? C'est que ces mots, quoique seuls, constituent autant de propositions complètes, et que l'enfant saisit mieux la pensée ainsi réduite à un mot qu'une proposition composée de plusieurs éléments.

On n'entretient d'abord le petit enfant que des personnes dont il se voit sans cesse entouré, des choses qu'il peut voir et toucher et de celles qu'il connaît déjà. Il acquiert ainsi à la fois la connaissance du mot et celle de la personne ou de la chose, parce que son attention se partage et se porte au même moment sur la personne, sur les faits dont il est témoin, et sur les mots qui servent à la désigner ou à les exprimer.

Or, comme la vue des mêmes personnes et des mêmes choses se renouvelle fréquemment, les mots qu'il y associe se présentent sans cesse à son esprit et se gravent profondément dans sa mémoire.

Les mêmes mots doivent longtemps lui être expliqués par les faits avant qu'il puisse, à son tour, en faire usage pour exprimer ce qu'il pense. Cela se comprend, s'instruisant pour ainsi dire lui-même et par imitation, il doit forcément saisir la pensée des autres avant de savoir exprimer la sienne.

Vient enfin le moment de lui adresser des questions auxquelles il ne fait d'abord que des réponses tacites ; puis, lorsque, par imitation, il est parvenu à formuler une réponse, on l'engage à transmettre la même pensée à d'autres personnes et on le conduit ainsi insensiblement à faire évoluer les pronoms, une des grandes difficultés de la langue.

Maintenant qu'il sait répondre, il interrogera à son tour. C'est le moment où l'enfant concourt plus activement à son instruction et qu'il y fait concourir tous ceux qui l'entourent et tous ceux à qu'il s'adresse. Dès lors s'ouvre devant lui le champ d'une vaste et riche moisson intellectuelle.

Cette marche logique, progressive, s'applique tout naturellement au sourd-muet. A ce dernier, il faudra mettre sous les yeux et lui faire apprendre à l'aide de l'écriture alphabétique comme on le fait avec la parole pour l'entendant. Son nom d'abord, puis le nom des personnes avec lesquelles

l'enfant est le plus immédiatement en rapport et celui des objets qu'il a constamment sous les yeux.

L'instituteur peut ensuite passer à des actions intransitives, comme marcher, courir, sauter, avancer, reculer, et que l'enfant exécute les yeux fixés sur le mot écrit, ce qui le met dans une situation identique à celle de l'enfant ordinaire qui voit exécuter une action ou qui entend la proposition énonçant le fait.

Le maître, en un mot, tenant un crayon à la main et attirant l'attention sur les personnes, les choses et les actions, doit parler aux yeux du sourd-muet, dans toutes les circonstances où l'on s'adresse à l'oreille de l'entendant.

Imitons en tout la nature, et, substituant l'œil à l'oreille, l'écriture à la parole avec le concours du langage d'action et du dessin, faisons agir les mêmes forces, suivons de point en point la marche qui répond si bien à la constitution morale de l'enfance.

Tenons constamment l'activité des enfants en action. Rollin, en effet, conseillait de ne pas astreindre de trop bonne heure les enfants à des études qui les obligent à recevoir passivement les idées et les connaissances qu'on veut leur donner, et il ajoutait : « Quand ils apprennent, ils se sentent dépendants et faibles; dès qu'ils agissent, ils se croient puissants et forts. »

Des propositions au mode impératif atteindront ce but.

Quelques principes sur lesquels repose, pour ainsi dire, notre enseignement trouvent ici naturellement leur place :

1° *La langue maternelle s'apprend toujours par le langage d'action.*

Une personne qui entendrait pour la première fois cette proposition : « Ferme la porte », ne saurait nullement ce qu'elle veut dire, si elle ne voyait l'action s'exécuter au même instant. Cette même proposition, mise pour la première fois sous les yeux du sourd-muet, ne serait pas mieux comprise si elle ne recevait une prompte exécution.

2° *La langue se sert de traduction à elle-même.*

Que le sourd-muet ait vu cette proposition : « Ouvre une fenêtre », écrite sur le tableau, s'exécuter plusieurs fois

devant lui, il n'est plus besoin que les deux faits se reproduisent simultanément, la proposition écrite lui rappelle instantanément l'action, et réciproquement.

3° *La langue se décompose par elle-même par l'usage.*

Qu'un enfant qui connaît déjà les propositions : « Fermez la porte, ouvrez un tiroir, essuyez la table, » se trouve en présence de celles-ci : *Fermez la fenêtre, ouvrez l'armoire, essuyez la cheminée*, il comprendra, sans s'en rendre, il est vrai, un compte bien exact, que les propositions se composent de termes séparables, et il cherchera par lui-même à composer des phrases semblables.

4° *Ne jamais parler de grammaire au sourd-muet auquel on apprend la langue maternelle.*

Chacun sait que la langue maternelle s'apprend partout avec une grande facilité, et que sans avoir jamais entendu parler de grammaire, les enfants de 4 ou 5 ans font déjà d'assez bonne prose.

5° *La grammaire est inutile pour apprendre sa langue.*

En effet, les règles précèdent les exemples, ou elles les suivent. Si elles les précèdent, elles ne seront pas comprises, « Car, dit Condillac, il est impossible de comprendre une règle générale, à moins qu'on n'ait bien saisi, à l'avance, les faits particuliers qui ont conduit à cette règle générale. » « C'est une étrange erreur, dit encore Dumarsais, de croire que l'esprit peut saisir une idée générale avant d'avoir compris les faits particuliers qui l'ont fait naître. »

Ou bien elles suivent les exemples. Dans ce cas, elles sont inutiles ; car ce ne sont pas les règles qui expliquent les exemples, mais bien les exemples qui font comprendre la règle. Il ne peut être question de grammaire pour le sourd-muet que dans sa dernière période d'instruction.

Nous terminerons cet article par quelques considérations sur le langage des gestes, sur son utilité, son but, et sur l'emploi qui doit en être fait.

Le langage des gestes a été et est encore l'objet de nombreuses et injustes critiques. On le charge de toutes les iniquités d'Israël. Quels reproches n'adresse-t-on pas à ce mode de transmission de la pensée et à ceux qui en font usage !

Et d'abord, nous repoussons cette accusation absurde et malheureusement trop répandue que nous apprenons la mimique à nos enfants.

On serait tout aussi bien fondé de prétendre que l'éleveur de vers à soie apprend à ces derniers à filer leur cocon.

La vérité est que le sourd-muet apporte dans nos institutions un langage peu étendu, parce qu'il n'a pas eu occasion de le développer, mais que dans le commerce de ses camarades, ce langage s'enrichit tous les jours de nouvelles expressions et acquiert en peu de temps une extension assez considérable pour servir à tous ses besoins.

L'instituteur s'empare de ces signes, qui, quoique en partie conventionnels, répondent cependant, dans l'esprit de l'élève, à des idées qu'il s'agit de revêtir des expressions de notre langue. Ces signes ne coûtent rien au maître, il les trouve déjà en circulation ; il ne crée pas, il ne fait que s'emparer d'une langue que le sourd-muet acquiert par l'usage pour lui en faire connaître une autre, qui est la langue de son pays.

On reproche au langage des signes de nuire à l'acquisition de nos langues artificielles, à cause de sa syntaxe, si différente de ces dernières. Les adversaires du langage mimique lui prêtent une étendue trop grande dans l'enseignement, pour en faire mieux ressortir les inconvénients ; puis ils prennent prétexte de ces mêmes inconvénients pour bannir les signes de l'enseignement, ou du moins pour lui tracer des limites trop étroites.

Il faut considérer le langage mimique sous deux points de vue différents : par rapport au développement de l'intelligence et au point de vue de l'acquisition familière de la langue écrite.

La syntaxe du langage des signes ne nuit pas à l'acquisition des idées ; elle ne serait à craindre, si on en faisait un usage immodéré, qu'au moment de familiariser le sourd-muet avec la langue de son pays.

Le langage mimique se compose de signes de différentes espèces. Il y a d'abord les signes naturels, les signes mé-

thodiques, et une troisième espèce de signes qui se fondent en partie sur la nature, en partie sur l'analogie et la convention. C'est le véritable langage du sourd-muet, celui qui est de tradition, car je ne connais pas d'ouvrage où il ait été décrit.

Quelques instituteurs cependant admettent, pour l'instruction des sourds-muets, des signes entièrement naturels, et ils ne regardent comme tels que ceux qui sont compris de tout le monde. C'est une opinion exagérée que de se borner aux signes compris de tout le monde, ce serait avoir à sa disposition une bien faible ressource, eu égard au but à atteindre. Il est évident qu'il y aura plus de signes naturels pour les sourds-muets que pour les autres hommes, par ce fait que leur infirmité les met dans la nécessité d'examiner les objets pour pouvoir ensuite en retracer l'image. Quant aux signes méthodiques inutiles pour le développement des idées et nuisibles à l'acquisition de la langue, ils doivent être systématiquement bannis.

Au moyen du langage des signes, les sourds-muets conversent entre eux et se communiquent ainsi une masse d'idées qui se transmet de génération en génération, et qui est pour ainsi dire mise en dépôt dans le langage mimique. Aussi, le plus souvent, l'élève possède-t-il déjà les idées pour lesquelles l'instituteur veut lui donner des expressions ; il suffit pour cela de les réveiller. Or, où trouver un moyen plus naturel, plus efficace que l'emploi des signes avec lesquels l'élève communique lui-même ses idées avec ses camarades ?

Nous ne sommes pas partisan exclusif du langage des signes, tant s'en faut, et nous savons faire la part due à chaque procédé, mais nous ne voudrions pas qu'on en exagérât les inconvénients. Il ne faut pas renoncer à un instrument si utile, surtout lorsqu'il s'agit du développement des idées et des éléments constitutifs de la langue.

Lorsque l'intelligence du sourd-muet aura acquis un certain développement ; lorsqu'il connaîtra la valeur des expressions, des locutions de notre langue, et qu'il s'agira de lui en rendre l'usage familier, il faudra alors restreindre l'emploi

des signes pour s'exprimer dans la langue dont il doit se servir dans la société.

On peut diviser l'instruction des sourds-muets en deux périodes principales : dans la première, l'instituteur, pour développer l'intelligence du sourd-muet, pour lui donner des idées et lui faire connaître la valeur de nos expressions, fait un emploi très fréquent du langage des gestes. La fonction de ce langage consiste alors à imposer les mots, à traduire les phrases, à analyser leur construction.

Dans la seconde période, dès que l'intelligence du sourd-muet a une idée nette des idées exprimées par les mots, qu'il attache une valeur à nos locutions, qu'il connaît assez bien nos phrases pour qu'elles deviennent à leur tour interprètes de la langue, il faut alors le détacher du langage mimique pour lui faire adopter la syntaxe de la langue de son pays.

On doit faire un emploi plus rare des signes à mesure que l'enfant avance dans la connaissance de sa nouvelle langue. Les mots doivent expliquer les mots. On procède ainsi du connu à l'inconnu.

Durant cette période, le langage mimique ne doit plus être considéré par rapport à l'interprétation grammaticale de la langue, mais bien par rapport aux événements, aux faits, aux circonstances de la vie. Dès lors, le langage des gestes vient donner la vie à l'enseignement. C'est en effet grâce à lui qu'on peut retracer un événement que les élèves raconteront ensuite par écrit.

Quelquefois aussi le langage des gestes viendra vérifier si la pensée a été bien saisie; mais sa syntaxe n'est plus à redouter : il ne vient qu'après la phrase écrite, il ne vérifie que la pensée entière et non l'enchaînement des mots qui l'expriment.

Le langage mimique rend d'inappréciables services à un autre point de vue. Il existe malheureusement, dans chaque institution, un certain nombre d'élèves qui, sans être entièrement dépourvus d'intelligence, ne sont pas susceptibles néanmoins d'être introduits dans la connaissance suffisante de nos langues artificielles, mais qui cependant peuvent recevoir un certain degré de culture par le langage des gestes.

Quand il ne servirait qu'à rendre quelques-uns de ces in-

fortunés à la vie morale, ce serait assez pour ne pas négliger un instrument qui procure un aussi grand bienfait.

C'est lorsque le sourd-muet est assez maître de sa langue pour commencer à rendre compte de ses impressions que l'articulation dont il n'a pas encore été question peut devenir à son tour un instrument précieux pour l'acquisition de la langue, en mettant la pensée en circulation, sous les expressions mêmes dont elle se revêt ordinairement.

Pour qu'un cours d'articulation soit véritablement profitable au sourd-muet, pour qu'il ne devienne pas pour cet enfant un sujet d'ennui, de dégoût même, attendez qu'il puisse comprendre ce que vous lui ferez dire de vive voix ou lire sur vos lèvres. Car il ne faut pas oublier que l'enfant montre d'autant plus de goût pour l'étude qu'il y prend une part plus active.

FRACTURE LARYNGIENNE, SUITE DE MAUVAIS TRAITEMENT. FRACTURES LARYNGIENNES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

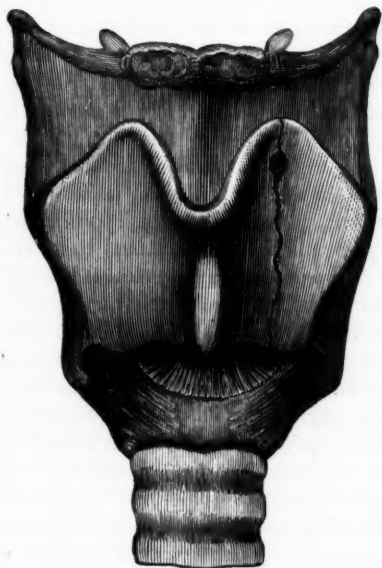
par M. Paul Koch.

Comme les fractures laryngiennes provenant d'un mauvais traitement sont peu nombreuses, nous croyons devoir donner l'histoire d'un de ces cas en faisant précéder le procès-verbal, tel qu'il a été dressé par les médecins qui avaient procédé à l'autopsie légale :

Kremer Gaspar, âgé de 53 ans, fut maltraité dans une rixe qui eut lieu dans la nuit du 13-14 juin 1878 ; à la suite de ces mauvais traitements, il succomba le 15 juin, à 6 heures du matin, sans avoir perdu connaissance un seul moment, et se plaignant vivement de douleurs atroces à la gorge et d'une difficulté de respirer de plus en plus intense. — Rigidité cadavérique très prononcée, autopsie faite 18 heures après le décès. — 1° au bras droit, en haut et en arrière, ecchymoses ; excoriations à la peau et empreintes de clous de souliers ; en avant et en dedans, une ecchymose considérable de la dimension d'un centimètre carré ; au coude, empreintes de clous de souliers ; aupoignet, excoriations à la

peau. 2° Au bras gauche, en avant et en haut, empreintes de clous de souliers avec excoriations à la peau ; en avant, vers le milieu du bras, une ecchymose ayant au moins la même surface que celle du bras droit ; en arrière et en haut, empreintes de clous de souliers ; au coude, en arrière, excoriations couvertes de sang desséché, s'étendant de haut en bas et de dehors en dedans, d'une largeur de 5 à 6 centimètres, au nombre de trois. 3° A la jambe droite, à la surface antérieure du tibia, empreintes de clous de souliers sans excoriations. 4° A la jambe gauche, au même endroit, une empreinte de clous de souliers sans excoriations. Les ecchymoses disséquées présentent une extravasation considérable de sang noir coagulé dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les empreintes de clous se présentent sous deux formes : des empreintes rondes paraissant provenir de clous ordinaires et des empreintes allongées paraissant provenir de clous à deux têtes allongées appelés vulgairement « deux pointes ». Le bas du ventre, le dos et la partie inférieure de la poitrine ne présentent pas de trace de lésions extérieures. A la paupière supérieure de l'œil gauche existe une petite plaie transversale, longue de 1 à 2 centimètres, paraissant avoir saigné beaucoup. Ni le visage, ni le crâne ne présentent d'autres traces de lésions extérieures. Le cou est fortement gonflé par suite d'un emphysème qui s'étend en avant un peu à droite de la ligne médiane, à gauche et en arrière jusqu'au sterno-cléido-mastoïdien, en bas jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, en haut jusqu'au-dessous du menton. La tête est rejetée en arrière. Le cou présente sur sa partie médiane, un peu à droite, correspondant au cartilage thyroïde, une ecchymose noirâtre bien marquée, de forme allongée ellipsoïde, dont le grand diamètre mesurait 7 à 8 centimètres et le petit 5 à 6 centimètres. Cette ecchymose est entourée d'une aréole où la peau présente une coloration bleuâtre qui devient de moins en moins intense à mesure que l'on s'éloigne de l'ecchymose qui en forme le centre. Cette coloration s'étend en bas jusqu'à un décimètre au-dessous de l'articulation du sternum avec les clavicules, en haut jusqu'à 8 centimètres au-dessous du menton. A la dissection on

remarque que l'ecchymose est formée par une extravasation de sang noirâtre coagulé qui remplit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; correspondant au cartilage thyroïde, cette ecchymose s'étend plus profondément, intéresse les muscles crico-thyroïdiens et existe également sous la muqueuse laryngienne, plus foncée et plus marquée à droite qu'à gauche.



Le cartilage présente à gauche et en haut, très près de la ligne médiane, une petite ouverture perforant également la muqueuse laryngienne et par laquelle s'est introduit l'air qui a formé l'emphysème décrit plus haut. La muqueuse laryngienne est œdémateuse; cet œdème s'étend également sur les replis ary-épiglottiques et forme ainsi deux tumeurs sphériques; celle du côté droit est un peu plus volumineuse que celle de gauche. L'os hyoïde et la

trachée-artère sont intacts. A l'ouverture de la poitrine, on trouve les poumons d'une couleur bleu foncé, sains, du reste, et sans infiltration. Le ventricule gauche du cœur est rempli de sang noir. Le cœur un peu hypertrophié est couvert à l'extérieur d'une couche de tissu adipeux. Les organes du bas-ventre ne présentent rien d'anormal : le panicule adipeux est très développé, l'estomac est fortement distendu, le foie, très développé, est d'une couleur foncée. Le cerveau est intact, la dure-mère adhère très fortement à l'os, dont il est très difficile de la détacher (adhérences d'ancienne date). — Conclusion : la mort de Kremer Gaspar est survenue par asphyxie. Cette dernière a été occasionnée par l'épanchement sanguin et l'œdème consécutif de la muqueuse laryngienne qui a fini par fermer la fente glottique et par empêcher l'entrée de l'air dans les poumons. Les lésions elles-mêmes sont la suite d'un coup porté directement sur la région laryngienne par un instrument contondant.

Parmi les cartilages laryngiens, c'est le cartilage thyroïde qui est le plus souvent fracturé, grâce à sa grandeur et à sa position saillante. Comme de grandes dimensions ainsi que l'ossification sont des conditions prédisposantes aux fractures des cartilages en général, il est évident que les fissures et les fractures laryngiennes sont plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant, qu'elles se présentent surtout dans un âge avancé et que les hommes y sont plus sujets que les femmes. Les statistiques générales coïncident avec ces données, et notre cas spécial s'y range parfaitement, autant sous le rapport de la fréquence relative du cartilage affecté que sous le rapport de l'âge et du sexe. Le mécanisme de ces fractures s'explique de deux façons : d'abord, elles peuvent être produites par une pression bilatérale, exercée le plus souvent par les doigts du meurtrier, sous l'action de l'étranglement ; cette origine des fractures, bien que rare, est pourtant possible, mais elle est loin d'être aussi fréquente que l'admet Paul Güterback (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitäts Wesen.*, Band XIX, Heft 1). Par la pression bilatérale on ne produit qu'avec beaucoup de peine la fracture sur le cadavre. Sur 50 cas d'autopsies légales

faites pour cause d'étranglement, Tardieu n'a pas trouvé de fracture; Casper, dans ses nombreuses observations, n'a constaté qu'une seule fois la fracture en cas d'étranglement par la main. Cette rareté des fractures par la pression bilatérale des doigts avait même fait admettre pendant longtemps l'impossibilité de ce mécanisme. Martin Damourette cite l'exemple d'une vieille dame avare qui maltraitait beaucoup sa servante; un jour cette dernière poussée à bout saisit sa maîtresse à la gorge et la jeta par terre; effrayée par cette chute, la servante lâcha sa victime, cette dernière était morte; à l'autopsie, on constata une fracture du cartilage thyroïde. Le médecin légiste, n'admettant pas la possibilité de la fracture par pression digitale du meurtrier seul, avait conclu à la présence d'un complice; l'amant de la servante fut soupçonné, et ce ne fut que grâce aux preuves suffisantes d'un alibi qu'il fut relâché.

En second lieu, les fractures peuvent être produites par une forte pression exercée dans la direction d'avant en arrière, mode de beaucoup le plus fréquent et pouvant avoir lieu dans les conditions les plus variées, soit accidentelles, soit criminelles. Parmi ces différents modes, il faut compter la pendaison par suicide qui, cependant, ne produit des fractures que par exception: car, ou bien le suicidé emploie un instrument trop mou et trop large, incapable de produire la fracture (un mouchoir, une bretelle, une cravate), ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, la corde se trouve plus haut que les cartilages laryngiens (dans les $\frac{2}{3}$ des cas d'après Taylor); l'analyse de 143 cas de pendaison par suicide démontra que la marque se trouvait 3 fois en-dessous du larynx, 23 fois sur le larynx même et 117 fois au-dessus de ce dernier; dans 68 cas de pendaison Casper a constaté que la corde se trouvait placée 59 fois au-dessus du larynx, 9 fois sur le larynx même, jamais en dessous; dans 102 cas de pendaison par suicide, Remer n'a pu constater qu'une seule fois la fracture laryngienne; Casper ne l'a jamais observée (George Fischer). Dans les cas de pendaison après condamnation à la peine de mort, on n'a jamais observé de fracture laryngienne. Nous voyons donc que la fracture laryngienne n'est

observée que par exception en cas de mort par les différents procédés de strangulation; aussi ce n'est qu'en comparant ces exceptions à la fréquence relative des fractures en cas d'étranglement par la pression bilatérale que Paul Güterback a pu désigner cette dernière cause comme la plus fréquente. Les fortes contusions sur la partie antérieure du cou peuvent également produire des fractures laryngiennes; la colonne vertébrale, agissant dans ce cas comme point d'appui, favorise l'action du corps contondant; cette action est plus violente quand la tête est soutenue par un obstacle qui ne cède pas sous la pression du choc; la première de ces deux conditions existant toujours, la seconde se présentant souvent, il est facile de comprendre que la plupart des fractures laryngiennes sont produites de cette façon. Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* énonce le principe suivant: « En précipitant un cadavre de telle façon que le larynx porte contre l'angle d'une table, le larynx se déplace et la fracture n'a pas lieu, si violent que soit le choc. » Si cette règle est vraie dans beaucoup de cas, elle est loin d'être générale, les expériences faites sur le cadavre, et bien des exemples de fractures accidentelles le prouvent. Un garçon de 16 ans était tombé du haut de son chariot sur le timon, la région laryngienne éprouvant le choc direct, il y eut fracture de l'os hyroïde et du cartilage thyroïde; un traitement antiphlogistique combattit les symptômes inquiétants; quinze jours après l'accident, j'eus l'occasion de voir le malade dont la respiration était toujours accompagnée du bruit de cornage; je conseillai la trachéotomie préventive qui malheureusement ne fut pas pratiquée; quelques jours après, le malade succomba subitement à un accès de dyspnée. Si Casper prétend qu'une chute ne peut pas provoquer de fracture laryngienne, le sort de ce charretier prouve qu'il y a des exceptions à cette règle.

Bien des cas de mort subite, après une contusion de la région antérieure du cou, trouvent leur explication dans une fissure laryngienne avec œdème glottique consécutif. La mort subite peut même survenir à la suite d'un simple œdème sans fissure, œdème qui doit son origine au contre-coup et

qui peut avoir disparu au moment de la nécropsie judiciaire qui, le plus souvent et à tort, ne se fait pas immédiatement après le décès; cette disparition de l'œdème glottique sur le cadavre est un phénomène habituel. Les garrotteurs des rues, en faisant une contusion à la région laryngienne, réussissent à étourdir leurs victimes avant de les piller. Ils ne provoquent pas chaque fois une commotion laryngienne dont l'existence est, du reste, très problématique; cette commotion n'a jamais été constatée pendant la vie. Les médecins légistes l'ont admise en cas de mort rapide, suite d'une contusion laryngienne, quand l'autopsie fournissait un résultat négatif. C'est une façon très commode de se tirer d'affaire, mais cette opinion, ne s'appuyant sur aucun fait clinique, est très peu faite pour convaincre. Par contre, dans beaucoup de ces cas de mort subite, on a constaté de l'œdème ou des traces d'œdème glottique, des fissures, des fractures; de plus, les premiers soins administrés avec succès à ces victimes sont exactement ceux que l'on préconise avec raison en cas d'œdème glottique avec ou sans fissure. — Dans notre cas il y avait fracture avec perforation de la muqueuse; de là, formation de l'œdème cutané immédiatement après l'accident. En prenant en considération la forme de la lésion cartilagineuse, en la comparant aux blessures constatées sur les autres parties du corps, il est certain que toutes ces blessures doivent leur origine au même procédé brutal: « coups de pied, la victime étant couchée par terre ». L'autopsie nous a appris que la mort a été amenée par asphyxie; mais, en même temps, elle nous a montré que la sténose laryngienne était uniquement due à l'œdème qui fermait l'entrée de la glotte, le larynx, ainsi que la trachée ayant conservé leur ouverture normale. Le cartilage thyroïde ne présentait aucune déviation dans ses parties, et notre exemple de fracture laryngienne fait exception à la règle générale, car, dans la plupart des cas, la mort par étouffement provient du déplacement des fragments. Notre cas nous prouve également qu'une forte contusion de la région laryngienne peut produire la mort par un œdème sanguinolent secondaire à une

fissure thyroïdienne, laquelle n'aurait pas amené l'asphyxie, et aurait même pu passer inaperçue sans la formation de l'emphysème cutané.

Si c'est une loi absolue que dans tous les cas de fracture laryngienne sans exception aucune, il faut faire la branchotomie sur-le-champ, quand même l'asphyxie n'est pas imminente, si cette loi n'est pas moins vraie quand le déplacement des parties fracturées n'a pas eu lieu, mais quand le degré avancé de l'œdème et l'épanchement sanguin menacent la vie, il est difficile de comprendre pourquoi cette petite opération n'a pas été pratiquée sur notre malade ; la trachéotomie aurait pu le sauver. Cette omission aurait dû être invoquée comme circonstance atténuante dans le cours des débats.

Si, dans ce cas de fracture laryngienne, la cause du décès n'a pas été douteuse, il peut se présenter des cas où le médecin légiste ne peut pas se prononcer aussi catégoriquement. Si, à la région antérieure du cou en dehors des fractures, il existe d'autres lésions, surtout si ces lésions à elles seules peuvent être mortelles, et s'il s'agit de décider si les fractures ont eu lieu pendant la vie ou après la mort, si, dans ce dernier cas, la mort peut être survenue d'une autre façon, les conclusions ne seront plus aussi catégoriques. Le médecin légiste ne devra pas perdre de vue la fréquence relative des fractures laryngiennes en général ; il se souviendra que ce n'est que dans des cas rares que les fractures peuvent se produire sur les cadavres, mais qu'elles sont possibles, et qu'on ne peut pas les faire à volonté. Le médecin n'oubliera pas surtout que, en cas de crime, les fractures par étranglement sont de beaucoup les plus fréquentes.

DU CATARRHE NASAL CHRONIQUE ET DE L'OZÈNE.

DE LEUR TRAITEMENT PAR LES DOUCHES COMBINÉES AVEC
LA PULVÉRISATION,

par le Dr **Emile Tillot** (2^e article) (1).

§ 2. — *Du traitement habituel de l'ozène.*

Partant de cette idée que l'ozène était dû à des ulcères des fosses nasales, les anciens médecins n'avaient pas craint, en cas d'insuccès des moyens astringents ordinaires, de recourir à des cautérisations intra-nasales, même avec le fer rouge; et de nos jours encore, beaucoup de chirurgiens ayant épuisé l'arsenal des injections, emploient les cathérétiques et portent un peu au hasard sur de prétendus ulcères des bourdonnets de charpie trempée dans une liqueur styptique ou, promènent sur la muqueuse le crayon de nitrate d'argent. Celse conseillait les fumigations d'eau chaude et faisait passer les ulcères avec un liniment contenant de la céruse ou de la litharge d'argent, mais il ajoute : « Si les ulcères sont situés près de l'os, croûteux (il n'indique pas comment on peut s'en assurer); s'ils répandent une mauvaise odeur, ce que les Grecs appellent ozène, il est presque impossible d'y remédier. Il conseille dans ce cas d'introduire dans les narines une petite sonde creuse ou bien un roseau et de l'enfoncer jusqu'à l'endroit malade. On fait passer ensuite à travers la sonde ou le roseau un fer ardent qu'on porte jusqu'à l'os. Il parle ensuite d'une grande opération qu'on emploie encore de nos jours contre les polypes naso-pharyngiens. On peut fendre la narine depuis son extrémité inférieure jusqu'à l'os, afin de mieux découvrir l'endroit affecté, et appliquer dessus un fer ardent, après quoi on recoud la narine. » Nous avons dit quelques pages plus haut que *Scultet* avait employé cette cautérisation dans un cas d'ozène et qu'il avait répété le procédé déjà indiqué dans Celse. Les auteurs, au point de vue de la thérapeutique appliquée à la punaisie, ont

(1) Voir le numéro des *Annales* de mars.

senti la nécessité de distinguer les différents cas, et d'après son origine ont établi plusieurs catégories d'ozène. Sans remonter bien haut dans l'histoire de la médecine, nous voyons la plupart des médecins disposés à faire jouer à la syphilis un rôle très important dans l'étiologie de cette maladie. Joseph Frank, qui à propos de chaque affection a établi tant de divisions, nous fournit des renseignements très précieux sur le sujet qui nous occupe.

Joseph Frank divise l'ozène en traumatique, catarrhal, métastatique, scorbutique, scrofuleux, arthritique, vénérien, carcinomateux et lépreux.

Cet auteur parle des corps étrangers des fosses nasales dans la première catégorie ; il appelle ozène catarrhal les abcès des fosses nasales développés à la suite d'un coryza ; cet ozène a cela de particulier que le malade supporte avec peine les changements de température et surtout le froid. Le bout du nez est ordinairement gonflé, rouge et devient douloureux. Cette remarque est très juste et nous avons soigné plusieurs cas de catarrhe chronique des fosses nasales qui s'accompagnaient de cette particularité.

« Peu à peu, continue Joseph Frank, il se développe une odeur fétide, insupportable pour les malades eux-mêmes et pour les assistants. C'est alors que surviennent des symptômes non équivoques de carie. » (Mais l'auteur ne les indique pas.)

L'ozène scrofuleux, pour le pathologiste allemand, présente quelques indices spéciaux. Il affecte l'extrémité du nez ; cet endroit en même temps que les autres, et souvent la lèvre supérieure, sont gonflés, rouges, luisants et couverts de tubercules, de petits ulcères et de croûtes. Les narines sont fréquemment bouchées, les yeux participent quelquefois à la maladie et font craindre une fistule lacrymale (1). Cette remarque est très pratique, car le larmolement n'est pas rare chez les sujets affectés d'ozène. L'ozène scrofuleux simple, continue Joseph Frank, s'accompagne rarement de carie.

« L'ozène syphilitique a pour signes caractéristiques le

(1) J. Frank, trad. de Bayle, tome IV, p. 42.

développement lent de la maladie, toutefois avec progrès rapide de la carie, l'odeur fétide des fosses nasales et surtout l'écoulement d'ichor brun ou noirâtre; cependant tout cela ne suffit pas pour porter un diagnostic certain, à moins qu'il n'existe en même temps auprès de la partie affectée des ulcères offrant le caractère tout à fait vénérien ou d'autres symptômes syphilitiques. »

M. Bazin, dans ses leçons sur la *scrofule*, a beaucoup insisté sur le coryza chronique et sur la nécessité d'établir le diagnostic de la variété constitutionnelle à laquelle on a affaire. « Le coryza scrofuleux, dit cet auteur, siège sur la partie antérieure de la pituitaire; le coryza arthritique et le dartreux ont plus spécialement leur siège sur la partie la plus rapprochée de la gorge. Ce qui imprime au catarrhe constitutionnel un cachet spécial, c'est la prédominance et la longue durée, l'état stationnaire de l'une de ces périodes : ainsi, l'état stationnaire de la période initiale caractérise la dartre, de la période de crudité caractérise l'arthritisme, de la période de coction caractérise la scrofule; en d'autres termes, les catarrhes secs, latents, sibilants appartiennent à la dartre, les catarrhes pituiteux à l'arthritisme et les catarrhes muco-purulents à la syphilis et à la scrofule.

« Le coryza scrofuleux est essentiellement caractérisé par un flux muco-purulent qui excorie et tuméfie les lèvres, produit des gerçures sur les angles des narines, s'accompagne d'un gonflement granuleux ou fongueux de la pituitaire, de rétrécissement des ouvertures nasales, de gonflement du nez. Coryza arthritique : enchyphrèment habituel, sécheresse des narines antérieures, écoulement de mucosités glaireuses, pituiteuses, *albumineuses*, par les ouvertures postérieures des fosses nasales, qui rougissent et enflamment les parois de l'arrière-bouche, non sans avoir quelquefois causé nausées et vomissements. C'est surtout le matin, quand l'individu qui porte ce catarrhe sort de son lit, qu'ont lieu les nausées et les efforts de vomissement; on comprend, en effet, que pendant le sommeil, dans la position horizontale, les mucosités doivent s'accumuler sur la paroi postérieure du pharynx et du voile du palais, et qu'au lever, dans la position verticale,

elles doivent tomber sur la luette et l'épiglotte et causer des nausées et des efforts d'expulsion, effets qui durent souvent un temps fort long et sont suivis quelquefois du rejet de crachats sanguinolents ; les mêmes phénomènes se produisent quand le sujet a pris un exercice actif et que, le corps couvert de sueur, il s'expose à un refroidissement.

« Si vous examinez l'arrière-bouche dans cette affection, vous trouvez toutes les parties qui la composent, les amygdales, les piliers du voile, la luette, la partie postérieure du pharynx, rouges, plus ou moins tuméfiées et luisantes, comme sub-œdématisées.

« Le coryza dartreux occupe le même siège, mais avec des symptômes un peu différents ; le produit exhalé n'est pas en gros flocons albumineux ; ce sont de petits crachats transparents, comme gélatiniformes, en petites masses tremblantes ou semblables à de la gomme, quelquefois parsemées de points blancs, opaques ; la paroi postérieure du pharynx, les piliers du voile du palais sont couverts de granulations ou de petits tubercules ; la sécrétion n'est pas, à beaucoup près, aussi abondante que celle du catarrhe arthritique et n'est pas comme elle excitée par les variations de température.

« Sur les sujets atteints de lèpre, le nez est tuméfié ; il y a de l'enchifrènement, des croûtes dans les narines et souvent perforation de la cloison. Cet état morbide pourrait être pris pour de la scrofule, mais le nez est luisant, la voix souvent modifiée, il y a des macules ou des tubercules sur d'autres régions du corps, de l'insensibilité cutanée. »

Ces opinions empruntées à des auteurs si compétents sur les diverses variétés de l'ozène ne sont pas un hors-d'œuvre, car elles tendent à prouver que différents états constitutionnels peuvent produire l'affection qui nous occupe et qu'il est utile d'instituer un traitement général anti-diathésique soit avant, soit pendant l'application du traitement local. Aussi à Saint-Christau avais-je l'habitude de prescrire dans les coryzas syphilitiques scrofuleux ou dartreux l'eau sulfureuse, réservant l'eau ferro-cuivreuse pour les coryzas de nature arthritique, qui sont presque aussi nombreux que les scrofu-

leux. J'ai eu l'occasion d'employer à Paris et de me louer, comme moyen général, des fumigations sèches, simples ou sulfureuses dans les cas de coryza chronique de nature scrofuleuse.

Les moyens le plus habituellement employés par la majorité des médecins consistent dans les insufflations en inspirations de poudres astringentes ou modificatrices (tannin, bismuth, calomel), ou bien dans des injections faites avec une petite seringue remplie d'eau contenant des désinfectants ou des agents modificateurs (permanganate de potasse, eau de noyer, acide phénique, coaltar saponiné, etc.), mais le procédé le plus universellement recommandé non seulement pour pallier, mais aussi pour guérir l'affection qui nous occupe, ce sont les irrigations continues, douches nasales avec de l'eau froide ou de préférence à température un peu élevée.

Nous empruntons à une communication du Dr Constantin Paul à la Société de thérapeutique des détails très circonstanciés sur le mode opératoire qu'il faut observer dans l'administration de ces douches : « Et quel est le meilleur appareil pour faire l'irrigation nasale ? rien n'a été fait de mieux que le siphon de Thomas Weber, perfectionné par MM. Galante et Ch. Fauvel. Il se compose d'un tube en caoutchouc de 1^m,50, d'un petit tube recourbé en cuivre ou en caoutchouc durci qui s'applique sur le bord du récipient et d'un tube de caoutchouc de 10 centimètres de long destiné à plonger dans le liquide ; enfin l'extrémité nasale se termine par une ampoule de corne ou de verre comme dans l'appareil de Weber. On peut encore adapter tout simplement l'ampoule au tube de l'irrigateur au moyen d'un petit morceau de tube en caoutchouc ; le meilleur débit s'obtient en tournant le robinet de l'irrigateur jusqu'à moitié de sa course. Puis le malade installé le dirige au-dessus d'une cuvette ; le siphon amorcé, on applique l'ampoule sur la narine malade et on ne tarde pas à voir le liquide entrant par une narine sortir par l'autre et former un jet très régulier. Il faut prescrire aux malades de respirer uniquement par la bouche, on leur recommande ensuite de respirer longuement d'une manière régulière.

« L'ozène et le lupus scrofuleux sont remarquablement améliorés par ces injections, et si l'on emploie les substances antiseptiques on a bientôt fait disparaître l'odeur affreuse que répandent ces malades. J'ai employé pour ma part avec succès l'hyposulfite de soude à 50 0/0 et l'hydrate de chloral à 1 0/0. M. Gailleton emploie les astringents, le sel marin et les cathérétiques, M. Tillot les eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau, M. Alvin celles du mont Dore, M. Doyon les eaux d'Uriage et M. Coustallé de Lapoque celles de Salies de Béarn (1). »

Le Dr Duplay insiste avec raison sur la direction horizontale à donner à la canule dans l'administration des douches nasales, pour éviter la céphalalgie résultant de la percussion verticale de celle-ci sur la voûte du nez.

§ 3. — *Des douches combinées avec la pulvérisation.*

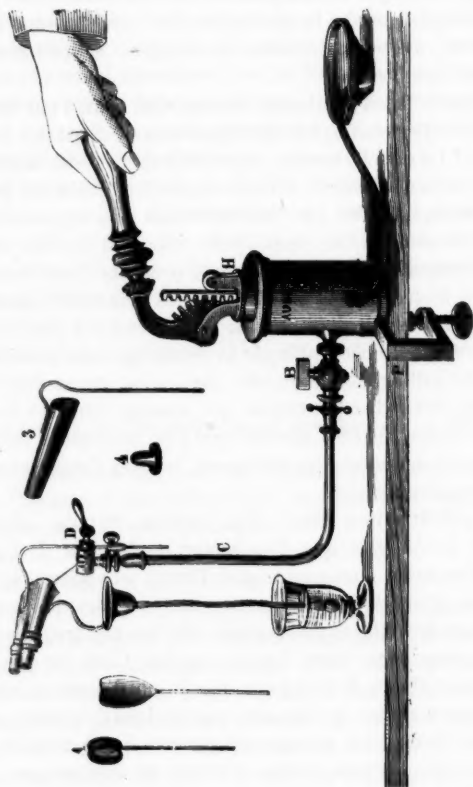
Après avoir examiné rapidement les principaux moyens conseillés contre le catarrhe nasal, j'aborde maintenant la description d'un procédé que j'ai mis en usage pendant mes années d'exercice à Saint-Christau (Basses-Pyrénées) comme médecin inspecteur, et qui m'a fourni des résultats très satisfaisants.

Ce traitement repose sur l'association des douches nasales et de la pulvérisation. A Saint-Christau, les douches sont données avec un irrigateur, ou prises dans le bain avec l'appareil ordinaire à douche coiffé d'une canule en gomme; cette opération dure de 5 à 10 minutes; dans la journée le malade se soumet à la pulvérisation pour laquelle j'ai perfectionné l'appareil spécial décrit dans mon travail sur la rhinite chronique.

Cet appareil se compose d'une pompe portative en cuivre : elle est à jet continu, pourvue d'un piston à crémaillère, s'engrenant avec une demi-roue dentée; la pulvérisation proprement dite est obtenue par le brisement d'un jet de liquide presque capillaire, lancé avec une grande force

(1) *Bulletin de la Société de thérapeutique*, année 1875.

contre la partie concave d'un ajutage creux que le malade introduit dans la narine ; cet ajutage, que j'emploie le plus habituellement double, se compose de deux tubes coniques accouplés et se montant sur l'extrémité du tube de



la pompe. Cette espèce de spéculum présente une articulation en caoutchouc qui permet d'éloigner ou de rapprocher les deux extrémités de l'instrument, et par conséquent de l'adapter à toutes les narines, quel que soit leur degré d'écar-

tement; cet appareil, exécuté par M. Aubry, a l'avantage de produire une poussière d'une grande ténuité, c'est-à-dire une vraie fumée dont la présence ne détermine sur la pituitaire ou le pharynx qu'une simple sensation de fraîcheur. Lorsque le coryza chronique est surtout caractérisé par de l'hypertrophie ou de la cloison ou des cornets, sans grande sécrétion, avec complication pharyngée, le traitement est souvent impuissant.

De quelle façon guérissent les malades traités par les procédés que je préconise et pourquoi suis-je disposé à les vulgariser? La douche nasale, cette irrigation si bien faite maintenant, si perfectionnée, si facile à prendre, grâce aux précautions recommandées par des médecins très capables, a un effet très satisfaisant; sans doute elle nettoie, elle déterge complètement la muqueuse de ses produits dont l'accumulation et la décomposition sont une des principales causes de l'affection dont il s'agit. Si elle est constituée par une eau minérale, si elle est employée avec une grande persistance, elle peut pallier, même guérir; mais c'est parce que j'ai eu à traiter bien des personnes qui avaient pris les douches nasales sans résultat sérieux que j'ai reconnu la nécessité d'un agent modificateur: cet agent, je crois l'avoir rencontré dans la pulvérisation.

La pulvérisation était déjà connue depuis plusieurs années, je n'ai fait que l'appliquer à la cure de l'ozène. Mais, dira-t-on, quelle nécessité d'avoir un appareil spécial? Dans la plupart des établissements thermaux les malades se mettent devant un pulvérisateur, et l'eau poudroyée pénètre directement dans leurs fosses nasales. C'est ce que je ne crois pas évident. Il faut, pour que la pulvérisation atteigne les parties malades, qu'elle soit portée dans l'intérieur même du nez à l'aide d'un ajutage qui pénètre à une certaine profondeur dans l'organe même. On m'a dit à ce propos: Mais ces instruments existent dans le commerce; le pulvérisateur moitié verre, moitié caoutchouc (dit pulvérisateur parisien) a un ajutage placé horizontalement à l'extrémité duquel la pulvérisation se fait. Ce petit appareil est certainement très commode pour la pulvérisation à découvert, mais il a, à mon

point de vue, deux inconvénients : il se dérange très facilement et il faut continuellement tourner le bouton pour ramener la pulvérisation au degré voulu, pour empêcher le jet d'être trop fort ou trop faible ; enfin il ne produit pas la vraie pulvérisation, qui, suivant M. Sales-Girons et nous, doit être comme de la fumée, comme de la vapeur. C'est en appliquant les idées de M. Sales-Girons au traitement du catarrhe nasal chronique que j'ai imaginé le pulvérisateur nasal qui présente sans doute des imperfections, mais qui jusqu'à présent me paraît constituer un instrument bien approprié à la cure de l'ozène.

Dans mon mémoire sur la rhinite chronique, j'ai rapporté un certain nombre d'observations de catarrhe nasal avec ozène amélioré ou guéri. Depuis la publication de ce travail, j'ai recueilli de nouveaux faits qui me paraissent mériter d'être rapportés ; j'ai choisi les plus intéressants en les abrégant autant que possible, et je prie le lecteur de se reporter au volume des *Annales* de 1875, au mémoire sur la rhinite chronique.

OBSERVATION I. — *Catarrhe nasal avec ozène. — Guérison.*

J'ai eu occasion de revoir une malade que j'avais traitée à Saint-Christau et qui figure dans mon mémoire sur la rhinite chronique à l'observation IX.

Je disais en terminant son histoire médicale :

« Cette malade a éprouvé du traitement hydrothermal le résultat le plus satisfaisant, puisque je pouvais la considérer comme guérie lors de son départ ; d'ailleurs, j'ai su que la guérison s'était maintenue depuis deux ans, époque à laquelle elle vint pour la deuxième fois à Saint-Christau. »

Cette jeune personne est revenue en 1877. Depuis 1873 elle n'avait eu aucune trace d'ozène ni de catarrhe nasal.

Pendant l'hiver de 1878, le nez devint rouge, présenta quelques pustules d'acné et il se déclara un écoulement catarrhal. Au mois de juillet 1877, cette jeune fille revint à Saint-Christau, et je pus me convaincre par l'examen direct que l'affection primitive n'existait plus et qu'il s'agissait d'un coryza auquel elle n'eût peut-être pas fait attention

sans la crainte du retour de l'ozène; voici, en effet, ce que je constatai : à droite, coloration rouge sombre de la muqueuse sans gonflement, cette rougeur est plus marquée à la partie postérieure des fosses nasales; rien à gauche; sur la cloison, une croûte épaisse et verdâtre, mais absence complète de mauvaise odeur.

OBSERVATION II. — *Catarrhe chronique des fosses nasales avec ozène. — Deux saisons. — Amélioration notable.*

M^{lle} X..., du département de la Charente-Inférieure, constitution médiocre, tempérament lymphatique, cils très longs.

Antécédents. — Le père n'a pas d'ozène, mais il mouche beaucoup et le mucus excrété a une très mauvaise odeur. La mère, très nerveuse, est atteinte de rhumatisme goutteux. Sa sœur est atteinte de la même affection nasale.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, épistaxis d'une abondance extrême. L'affection a débuté il y a six ans. Le traitement a consisté en huile de foie de morue, poudres, absorbantes et injections désinfectantes. Chaque hiver le nez est très rouge. Lorsque la malade vint faire une saison, en 1875, elle avait un air chétif; la menstruation était pénible et le sang très rare.

Les fosses nasales étaient le siège d'une sécrétion très abondante et il y avait une odeur de marécage des plus accusées. Des bouchons de mucus concret très volumineux durent être détachés à l'aide de douches puissantes pour permettre l'examen rhinoscopique; ces bouchons se trouvaient sur la voûte des fosses nasales et sur les cornets.

Le cornet moyen, gonflé, grisâtre, touchait presque la cloison; celle-ci était rouge et dépourvue d'épithélium dans sa moitié antérieure. Pas d'ulcères.

Après une saison en 1875, consistant en 22 bains, autant de douches et de séances de pulvérisation, M^{lle} X... a éprouvé, pendant deux mois, un grand bien-être. Au mois d'avril, le catarrhe et l'odeur désagréable ont reparu. Pendant le commencement de l'été, fréquentes épistaxis.

Lorsque la malade revint, en 1876, l'état général était bien

meilleur. A gauche, il n'y avait pas de mucus concret ou, du moins, des croûtes peu épaisses, faciles à détacher et très humides, la muqueuse était à peine rouge. A droite, la muqueuse était légèrement veloutée, sans grande rougeur; la cloison était granulée; il n'existait plus d'odeur. Le cornet gauche était très hypertrophié.

Traitement. — 18 bains, 28 séances de pulvérisation, autant de douches; eau du Pêcheur.

Résultat. — Amélioration notable. Il n'y avait de rougeur ni sur les cornets, ni sur la cloison; absence complète d'odeur.

Cette observation contient l'histoire d'une jeune fille atteinte depuis 6 ans au moins d'un ozène catarrhal qui fut traité à Saint-Christau deux années de suite. Je n'ai pas eu de nouvelles de la malade depuis sa seconde saison, mais je sais et j'ai pu constater *de visu* que le résultat obtenu au bout de la première avait été très satisfaisant, car il y avait une altération très marquée de la cloison avec hypertrophie de la muqueuse, sans ulcération toutefois, et l'haleine avait une odeur de marécage des plus repoussantes. Quand la jeune malade quitta Saint-Christau pour la seconde fois, on pouvait la considérer comme guérie, car la pituitaire n'était plus congestionnée et l'odeur désagréable avait complètement disparu.

OBSERVATION III. — *Catarrhe chronique des fosses nasales.* —

Deux saisons de traitement à Saint-Christau. — Amélioration notable.

M. D..., de Paris, 18 ans, adressé à Saint-Christau par le Dr Ladreit de Lacharrière. Constitution moyenne; temporairement lymphatique.

Antécédents. — Dans l'enfance, gourme intense; plus tard, adénite cervicale.

L'affection a débuté il y a trois ans, et s'est étendue aux cavités de l'oreille.

Lorsque M. D... vint à Saint-Christau en 1875, il accusait un enchifrènement perpétuel, un écoulement catarrhal très intense et l'haleine nasale exhalait une odeur de marécage. Tous les matins il avait des nausées dues au contact

du mucus tombant des arrière-narines sur le pharynx. La muqueuse de Schneider était fortement congestionnée et tuméfiée, surtout du côté droit. Il y avait en outre une perforation de la membrane du tympan à droite.

Après une saison d'une vingtaine de jours, il y eut une amélioration réelle, mais le traitement ne fut pas aussi long qu'il aurait pu l'être, à cause de l'apparition d'épistaxis répétées.

Lorsque M. D... revint à Saint-Christau, en 1876, il avait éprouvé une grande amélioration ; l'odeur désagréable du nez avait disparu, la sécrétion avait bien diminué ; il est vrai que M. D... avait continué l'usage de la pulvérisation tout l'hiver, à Paris, avec l'eau de Saint-Christau. Au moment de son arrivée, en 1876, M. D... présentait une bien meilleure apparence que l'année précédente ; il n'avait qu'une sensation de gêne très peu marquée dans l'intérieur du nez, l'odeur de marécage avait complètement disparu ; les fosses nasales présentent de la rougeur et du gonflement prononcés, surtout du côté gauche ; du côté droit, le gonflement est bien moindre, car on peut apercevoir le pharynx par la rhinoscopie antérieure ; nulle part de pustules ni d'ulcérations.

Traitement. — Le traitement se composa de 30 bains et 25 séances de pulvérisation.

Résultat. — Amélioration très notable ; la rougeur avait diminué des deux côtés, car on pouvait apercevoir le pharynx des deux côtés en pratiquant la rhinoscopie antérieure ; l'odeur n'avait pas reparu.

Ce malade était affecté, depuis deux ans, de catarrhe nasal, donnant lieu à une odeur de marécage ; mais la muqueuse ne présentait que de la rougeur et du gonflement, sans l'ombre d'ulcération. Le malade, qui était manifestement scrofuleux, s'est traité pendant 18 mois, mais d'une façon assez irrégulière, et il a obtenu, sinon la guérison, du moins la disparition de l'affreuse odeur qu'il exhalait et dont il avait bien conscience.

OBSERVATION IV. — *Catarrhe nasal chronique avec ozène.*
 — *Traitement.* — *Trois saisons à Saint-Christau.* —
Résultat : Guérison.

Il s'agit ici d'une jeune malade de Paris dont l'histoire est rapportée à l'observation VI (*loc. cit.*).

Voici dans quel état était cette jeune malade au moment où elle vint pour la première fois : « L'affection est caractérisée par un écoulement muco-purulent, l'apparition fréquente de croûtes et une certaine fétidité de l'haleine nasale, rougeur violacée de la cloison, la muqueuse des cornets est grisâtre, paraît comme macérée ; nulle part d'ulcération. »

Cette jeune malade avait tant le désir de guérir qu'elle vint trois saisons à Saint-Christau. Après avoir constaté, au moment où elle fit sa dernière saison, que les fosses nasales étaient tout à fait nettes, j'ai appris que le bien avait continué et je l'ai vue il y a 15 jours à peine. Je n'ai pas examiné les fosses nasales, mais je tiens de la jeune personne et de sa famille que depuis 18 mois, l'odeur a tout à fait disparu et qu'il n'existe plus du tout de catarrhe nasal.

Jusqu'à présent je n'ai parlé et cité l'observation que des malades traités dans la station thermale de Saint-Christau ; je vais maintenant rapporter l'histoire d'une guérison obtenue chez une jeune malade traitée à Paris par le procédé des douches et de la pulvérisation de liquides variés.

OBSERVATION V. — *Catarrhe nasal chronique avec ozène.*
 — *Traitement par les grandes douches et la pulvérisation avec des liquides variés.* — *Résultat : Guérison.*

M^{lle} L... nous fut adressée le 10 janvier 1878, par le D^r Siredey, pour savoir si son affection pouvait être guérie à Saint-Christau.

Je commençai, après l'examen préalable, à prescrire un traitement avec l'eau de Saint-Christau transportée, et la malade ne voulant pas quitter Paris fut dirigée par moi dans son traitement qu'elle subit sur place. Voici le résumé de son observation :

Etat actuel, 20 janvier 1878. — M^{lle} L..., 17 ans. Constitution médiocre, tempérament lymphatique. Début du mal, 5 ans; catarrhe nasal très abondant qui produit une odeur de *marécage*; la malade *tomme* continuellement; les 2 fosses nasales sont très rouges et très gonflées, granulations pharyngées très marquées; le traitement consista en irrigations d'eau de noyer et pulvérisation d'eau de Saint-Christau, puis de liquides médicamenteux. Chaque mois je revis la jeune fille; au bout d'un mois de traitement, l'ozène avait disparu; dans le dernier examen que je fis le 20 novembre 1878, j'ai constaté l'absence complète de catarrhe et d'ozène, le retour à l'état normal de la muqueuse; seulement M^{lle} L... avait des granulations pharyngées reposant sur une muqueuse congestionnée.

Je ferai remarquer qu'il s'agissait ici d'un catarrhe nasal de nature probablement arthritique accompagné d'ozène sans *ulcération*.

J'ai essayé dans cette note de démontrer que l'odeur de *marécage* exhalée par les malades affectés d'ozène, n'est pas due le plus souvent à des ulcérations de la pituitaire, que le catarrhe nasal simple non ulcéreux en est le plus ordinairement la cause par suite de la perversion de la sécrétion nasale et de l'accumulation du mucus ou du muco-pus dans les replis de la muqueuse de Schneider. Si cette proposition déjà avancée par des autorités considérables est vraie, le pronostic de l'ozène n'est pas aussi sérieux qu'on le croit généralement; le véritable traitement de cette affection doit être général ou anti-diathésique et local, celui-ci devant être détersif et modificateur, double but que je crois atteint par les irrigations nasales et la pulvérisation. En tout cas, le contingent que j'apporte dans la thérapeutique d'une maladie aussi grave, aussi pénible que l'ozène, ne sera peut-être pas sans quelque utilité, soit aux praticiens exerçant dans des stations thermales appropriées, soit aux médecins disposés à expérimenter mon procédé avec des solutions officinales.

On pourrait aussi essayer avec grand avantage l'emploi de l'eau de Saint-Christau transportée; l'eau ferro-cuivreuse de Saint-Christau se conserve très bien en bouteille, et elle est

très active même hors de la source. Les D^{rs} Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, Desnos à Sainte-Eugénie, Créquy chez les malades de l'Administration du gaz, et le D^r Ladreit de la Charrière à l'Institution des sourds-muets l'ont expérimentée avec assez de succès dans les affections cutanées, les ophtalmies chroniques et le coryza chronique, pour qu'on puisse penser qu'elle doit être utilisée avec grand profit dans le catarrhe chronique des fosses nasales par le procédé combiné des douches nasales et de la pulvérisation.

DISPARITION SPONTANÉE D'UN GOITRE ENDÉMIQUE COHÉRÉDITAIRE CHEZ UN PHTISIQUE DE 23 ANS.

Observation recueillie dans le service de M. le D^r FÉRÉOL, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Gustave B..., tourneur, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 23, le 20 décembre 1878.

Ce jeune homme, grand, maigre, blond, au teint cachectique, aux doigts osseux terminés par des ongles hippocratiques, porte aux deux sommets les signes évidents d'une tuberculose avancée.

Né à Reims, où il est resté pendant les dix premières années de sa vie, il vint au monde, assure-t-il, avec un goître qui grossit à mesure que l'enfant grandissait. La mère était elle-même goitreuse, ainsi qu'une sœur qui vit encore et se porte bien; cette dernière a eu un enfant qui n'était point goitreux, mais qui est mort de méningite à l'âge de 3 ans.

Son père, qui n'était point goitreux, est mort, ainsi que sa mère; mais le malade ne peut dire à quelle maladie, ils ont succombé.

Gustave B... a eu une enfance assez malade; jusqu'à l'âge de 7 ans, il eut 2 pneumonies. Il quitta Reims pour venir habiter une petite ville du département de la Marne, et vint à Paris à l'âge de 15 ans. Deux mois après son arrivée, il eut des douleurs dans les jointures qui le forcèrent à garder le lit pendant quelques jours.

Il y a deux ans environ qu'il a commencé à tousser et à cracher d'une manière notable ; jusque-là il n'y avait pas fait attention. Son travail l'exposait à des refroidissements continuels ; il le continua cependant jusqu'en juillet dernier : à ce moment la faiblesse croissante, augmentée par des sueurs nocturnes (pas de diarrhée, appétit conservé) le força à s'arrêter.

C'est à ce moment que le malade remarqua que son goître, qui avait toujours subi un accroissement lent, mais continu jusque là, commençait à diminuer, et à son grand étonnement, il le vit disparaître à peu près complètement en moins de 15 jours, si bien qu'une personne non prévenue n'aurait jamais pu penser qu'il avait été atteint de cette difformité.

Le malade affirme que la disparition du goître a coïncidé avec une aggravation, qui a toujours été croissante depuis, de sa maladie de poitrine.

Aujourd'hui ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on peut constater que le lobe droit du corps thyroïde est légèrement tuméfié. Le malade dit que les deux lobes de droite et de gauche étaient gros comme un œuf de dinde, celui de droite un peu plus gros que celui de gauche.

Ce jeune homme a succombé aux progrès de la phtisie dans le courant du mois de janvier.

L'autopsie n'a pas été faite.

GOITRE PARTIEL PLUS HYPERTROPHIQUE QUE KYSTIQUE, TRAITÉ PAR LES INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE. — AMÉLIORATION.

(Observation recueillie par M. Reynier, interne des hôpitaux.)

S. Philomène, âgée de 27 ans, entre, le 19 février 1877, dans le service de M. Gosselin, salle Sainte-Jeanne, n° 1, pour être traitée d'un goître dont le début remontait à 7 ans.

Antécédents. — Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans. — Pas de grossesse antérieure. — A toujours habité les villes. — Rien qui puisse expliquer le goître.

Depuis deux ans est soignée pour une chloro-anémie : elle a en effet du bruit de souffle dans les vaisseaux, douleurs lombaires, névralgies, palpitations cardiaques, bruit de souffle au premier temps et à la base.

État actuel. — A son entrée on constate dans la région sous-hyoidienne sur la ligne médiane, mais surtout à droite de cette ligne, une tumeur du volume d'une mandarine. Cette tumeur est située en avant et sur les côtés de la trachée, au même niveau que le corps thyroïde dont on sent le lobe gauche, se continuant avec la tumeur.

Dans les mouvements de déglutition, elle se déplace et remonte avec le larynx.

Elle est mobile sur les parties profondes, et en avant d'elle la peau normale, sans rougeur est libre, et glisse facilement.

La consistance de la tumeur est molle, un peu fluctuante sur un point assez limité.

D'après les caractères que présente cette tumeur, M. Goselin porte le diagnostic de tumeur du corps thyroïde, et en fait un goître partiel plus hypertrophique que kystique.

Cette dernière partie du diagnostic est confirmée le lendemain par une ponction faite avec un trocart fin de l'appareil aspirateur Potain. Il s'écoulé une cuillerée à café d'un liquide sanguinolent, dans lequel on remarque distinctement des cristaux de cholestérine. La tumeur ne diminue pas sensiblement après l'issue de ce liquide. On se trouve donc en présence d'un goître surtout hypertrophique.

23 février. — On injecte dans l'intérieur de la tumeur, au moyen d'une seringue de Pravaz, 3 gouttes de teinture d'iode. Comme traitement général on prescrit huile de foie de morue, vin de quinquina, douches froides.

25 février. — L'injection n'a produit aucune inflammation dans la tumeur.

3 mars. — Deuxième injection de 3 gouttes de teinture d'iode.

9 mars. — Injection de 4 gouttes de teinture d'iode. Toujours pas d'inflammation. Mais pas de changement notable.

13 mars. — Injection de 5 gouttes de teinture d'iode.

19 mars. — Injection de 6 gouttes de teinture d'iode.

23 mars. — Injections de 6 gouttes de teinture d'iode.

L'examen des urines avec l'amidon et l'acide sulfurique comme réactifs, fait constater un peu d'iode dans les urines.

La tumeur semble diminuer un peu.

1^{er} avril. — 7 gouttes de teinture d'iode.

4 avril. — 8 gouttes de teinture d'iode.

10 avril. — 9 gouttes de teinture d'iode.

17 avril. — 10 gouttes de teinture d'iode.

Pendant la journée un peu de douleur.

18 avril. — Léger gonflement de la tumeur, encore douloureuse.

19 avril. — Le gonflement a disparu.

23 avril. — 11 gouttes de teinture d'iode.

La tumeur a diminué sensiblement.

28 avril. — 12 gouttes de teinture d'iode.

30 avril. — La malade quitte l'hôpital: le goitre est moins volumineux qu'à son entrée. Nous le constatons ainsi que la malade elle-même. Mais cette amélioration n'est pas considérable. La malade doit continuer son traitement chez elle, et doit aller trouver un médecin pour le prier de continuer les injections de teinture d'iode.

Adressée à M. le D^r Peulevé, à Amiens, elle suivit en effet le traitement institué à l'hôpital de la Charité; et voici les renseignements ultérieurs que M. Peulevé a eu l'obligeance de nous communiquer.

Les injections interstitielles furent continuées pendant six semaines. M. Peulevé ne les fit cependant pas avec la teinture d'iode pure, mais avec la teinture d'iode iodurée, coupée de 1/2 d'eau.

Il commença par 4 à 5 gouttes, et arriva progressivement à injecter 12 gouttes; et il se maintint à cette dose pendant le reste du temps. Il fit en tout de 8 à 10 injections interstitielles. Aucune d'elles n'amena le moindre accident inflammatoire.

Au bout de ce temps, la tumeur hypertrophique avait considérablement diminué de volume, au point, nous écrit-il, qu'elle ne faisait plus saillie à la face antérieure du cou.

Le toucher seul la faisait reconnaître.

C'est à ce moment que la malade cessa de le voir; mais pour M. Peulevé il ne semble pas douteux que cette amélioration notable n'eût conduit à la guérison complète, si le traitement avait été poursuivi encore quelque temps.

ANALYSES.

Adhérence de la totalité du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx,

par le Dr KUHN, professeur libre d'otologie à Strasbourg.

(*Arch. für ohrenheilkunde. T. XIV, p. 165 et suiv.*)

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 15 ans qui fut présenté à l'auteur le 1^{er} août 1878, pour une surdité très prononcée des deux oreilles; parole peu intelligible.

D'après les renseignements fournis par un parent, la surdité remonte à plusieurs années et l'oreille droite est depuis un an seulement le siège d'un écoulement purulent. État général médiocre, fréquents abcès dans la gorge.

La déglutition est toujours douloureuse, la respiration nasale est impossible, perte de l'odorat. — Le père est mort tuberculeux; la mère, assez bien portante, attribue les accidents que son fils a eus du côté de la gorge à la syphilis dont était atteinte la nourrice de l'enfant.

Examen des oreilles. L'oreille droite entend la montre à deux centimètres, la gauche à un centimètre. La perception crânienne pour la montre et le diapason est normale. La conversation assez élevée est entendue à un mètre, la voix chuchotée à 1 mètre à droite seulement.

Le tympan droit est recouvert de pus; on découvre dans le segment postéro-inférieur une perforation à bords irréguliers. Les osselets sont intacts, le tympan gauche très déprimé, gris blanc, n'a pas de triangle lumineux. La courte apophyse est très saillante.

Examen de la région naso-pharyngienne. La respiration est exclusivement buccale, la voix est nasillarde; lorsque la bouche est fermée, le malade ne peut ni inspirer ni expirer.

La forme extérieure du nez est normale, la cloison n'offre rien de particulier. Les cornets ne sont pas très volumineux surtout en arrière. Absence totale de l'odorat et diminution notable du goût. L'exploration du nez au moyen de divers spéculums ne permet pas de découvrir les bourrelets de l'orifice tubaire; mais on voit des deux côtés un tissu cicatriciel blanchâtre.

Le voile du palais horizontalement tendu d'avant en arrière est adhérent par son bord libre à la paroi postérieure du pharynx, de telle sorte qu'il n'y a plus aucune communication entre le nez et la partie inférieure du pharynx.

Le cathétérisme des trompes d'Eustache est impossible; le bec du cathéter est arrêté par un tissu résistant, lorsqu'on essaie de lui imprimer un mouvement de rotation.

L'expérience de Politzer ne fournit aucun résultat ni à l'auscultation ni à l'inspection, ce qui semble indiquer que les orifices tubaires sont fermés par suite de la rétraction du voile du palais et de la présence du tissu cicatriciel qui existe sur les parties latérales.

Tous les symptômes observés chez le malade, surdité, perte de l'odorat, voix nasillarde, pouvant être considérés comme la conséquence de l'adhérence du voile du palais, le Dr Kuhn se décida à séparer les bords de ce voile de la paroi postérieure du pharynx. Après avoir chloroformé le malade il incisa le voile du palais à la partie médiane; puis, portant le bistouri successivement à droite et à gauche de la ligne médiane, il le détacha petit à petit du pharynx sans avoir une perte de sang assez considérable. Les bords de la plaie du voile furent réunis au moyen de deux points de suture métalliques; deux tubes à drainage introduits par le nez devaient éloigner le voile du palais du pharynx et empêcher de nouvelles adhérences. La température n'a jamais dépassé 38, le pouls 90.

L'odorat ne tarda pas à se rétablir, la voix devint plus

intelligible, et l'état des oreilles s'améliora rapidement. Malheureusement, la partie médiane du voile du palais resta seule détachée du pharynx ; les parties latérales contractèrent de nouvelles adhérences et nécessitèrent peu de temps après une nouvelle opération.

Cette fois les parties adhérentes furent incisées à une distance de deux millimètres environ de leur point d'attache ; les portions adhérentes au pharynx furent enlevées avec des ciseaux ; les bords de la plaie réunis avec des sutures métalliques furent maintenus à une certaine distance du pharynx, au moyen d'une lame de gutta-percha convexe en avant et fixée au moyen de deux fils d'argent placés dans les narines.

Cinq semaines environ après cette seconde opération, la distance entre le voile du palais et le pharynx est assez grande pour qu'il n'y ait plus à redouter, une fois la plaque de gutta-percha enlevée, de nouvelles adhérences.

L'ouïe est notablement augmentée, l'odorat a repris sa délicatesse primitive et la voix, quoiqu'encore nasillarde, est assez intelligible.

L'auteur croit devoir attribuer le succès de son opération 1° au raccourcissement du voile du palais, 2° à l'introduction et au maintien pendant un temps assez long dans le pharynx de sa plaque de gutta-percha.

D^r LEVI.

**Ozène ou rhinite ulcéreuse fétide et pseudo-ozène.
Études anatomico-cliniques et thérapeutiques,**

Par le D^r Vincent COZZOLINO.

Ozena o rinite ulcerosa fetida e pseudo-ozeni. Studi patologici clinici e terapeutici, del dottore Vincenzo Cozzolino.

Le but de ce livre, qui a été publié par fragments dans la *Revue internationale des sciences médicales de Naples*, a été de donner une forme, pour ainsi dire, et un exposé scientifique à tous les matériaux qu'on avait sur l'ozène. Par cet ex-

posé des formes morbides, basé sur les différentes conditions anatomo-pathologiques, l'auteur croit pouvoir établir une thérapeutique rationnelle ; nous verrons plus tard par l'examen détaillé du livre si sa classification est exacte.

En attendant, dans sa préface, l'auteur se déclare ouvertement partisan de la médication locale, substitutive. Il croit, par ses différents procédés employés, avoir fait avancer beaucoup la thérapeutique de l'ozène qui, à vrai dire, a lassé très souvent la patience du médecin et du malade. Il appelle l'attention des praticiens sur son petit bâton ou suppositoire médicamenteux qui, agissant pendant quelques heures sur la muqueuse nasale, résoudrait les lésions chroniques qu'on y rencontre et en même temps dilaterait les fosses nasales, indication, selon l'auteur, très souvent indispensable.

Il appelle encore l'attention des médecins sur d'autres instruments, dont nous parlerons dans le cours de cette analyse ; passons plutôt à l'examen des considérations anatomo-pathologiques qu'il a tirées de cette étude sur l'ozène.

Nous devons dire tout d'abord, à sa louange, que M. Cozzolino n'a négligé aucune recherche pour la partie historique de son travail ; la bibliographie est aussi complète que possible, et nous ne croyons pas qu'il ait oublié aucun des auteurs qui ont parlé de l'ozène.

A ce point de vue, le travail de M. Cozzolino sera très utile à tous ceux qui voudront s'occuper de cette affection.

Dans un premier chapitre, M. Cozzolino fait l'histoire et la critique des différentes définitions et classifications de l'ozène admises par les auteurs ; il expose ensuite sa manière de voir.

Pour lui, l'ozène, ou pour mieux dire la *rhinite ulcéreuse fétide*, est un résultat assez fréquent de l'inflammation simple ou spécifique de la muqueuse nasale, presque toujours chronique, avec des lésions probables du squelette, et accompagné d'une odeur fétide caractéristique plus insupportable que celle des punaises écrasées.

D'après cette définition, l'auteur ne classe pas parmi les ozènes l'ozène laryngo-bronchiale admise par Baginsky et

Frankel ; il n'accepte pas non plus dans la classe des ozènes le *coryza caséeux*. Mais si nous examinons la suite de son livre, nous devons dire que l'auteur n'a pas une idée bien nette de l'ozène, car, dans sa classification, il admet qu'il peut y avoir des ozènes sans odeur ; dans ce cas il n'aurait pas dû faire entrer l'élément *odeur* dans sa définition. M. Cozzolino n'a donc pas une opinion bien arrêtée là-dessus ; c'est cette incertitude qui lui fait classer le *coryza caséeux* parmi les pseudo-ozènes. Il ne classe pas non plus parmi les ozènes ces ulcérations fétides du nez qui sont toujours stationnaires.

Voici quelle est sa classification : L'ozène se divise en deux grandes catégories, le vrai ozène et le pseudo-ozène. Parmi ces dernières, il met toutes les affections non ulcéreuses des cavités nasales, et les affections des suints qui produisent une mauvaise odeur.

Quant à l'étiologie, l'ozène se divise en *traumatique, catarrhale simple, scrofuleuse, syphilitique et impétigineuse*. Chacune de ces classes se divisera en outre en deux subdivisions, selon que l'ulcération est accompagnée de suppuration ou qu'elle ne l'est pas. En outre, selon le siège, l'ozène peut être dans la portion antérieure des fosses nasales ou dans la portion postérieure.

Dans le chapitre qui traite des causes constitutionnelles de la rhinite ulcéreuse discrasique, l'auteur est en contradiction manifeste avec ce qu'il dit à la page 84, à propos des caractères différentiels de la rhinite ulcéreuse syphilitique et de la scrofuleuse. En effet, dans un endroit il dit que la syphilis attaque primitivement les os du nez avant d'attendre la muqueuse nasale ; dans l'autre, au contraire, il dit qu'il faut distinguer les lésions syphilitiques de la muqueuse et celles des os.

Et puisque nous en sommes au chapitre de l'ozène syphilitique, nous déclarons que nous ne pouvons accepter comme ozène syphilitique l'ozène qui se manifeste chez les enfants de huit à quinze ans, et qui n'ont pas encore été atteints de syphilis. Probablement M. Cozzolino voulait parler de l'ozène scrofuleuse.

Si nous passons ensuite au chapitre de la symptomatologie, nous y devons regretter le peu d'ordre. L'auteur mêle souvent l'anatomie pathologique et la pathogénie avec la symptomatologie, de façon que le lecteur se perd facilement dans ce dédale.

Le chapitre de la rhinoscopie est très bien fait, avec beaucoup de méthode et de détails; il sera très utile aux élèves et aux médecins qui voudront plus particulièrement s'occuper des affections du nez.

Le pronostic des différentes formes de l'ozène est très bien établi et jette peut-être un peu de lumière dans le désordre de la classification et de la symptomatologie.

La thérapeutique de l'ozène est traitée très longuement. L'auteur expose toutes les méthodes qui ont été proposées par les auteurs. Il parle de la méthode de Cazenave de Bordeaux et il donne les différentes formules employées par ce médecin; il parle de la méthode de Brolée, de Troussseau, de James, de Rouge de Lausanne, de Créquy, de Gailletton, de Gallizioli, de Wetzlar d'Aix-la-Chapelle, de Gallico, de Heduns de Dresde, de Ploss, de Heath, de Weber.

Il donne en outre une liste de toutes les formules employées par d'autres médecins. Nous aurions désiré de l'auteur un examen critique, basé sur les résultats, de toutes ces méthodes, afin que le praticien puisse avoir un guide sûr, s'il est à même de soigner l'ozène. Peut-être nous objectera-t-il, qu'il n'accepte aucune de ces méthodes, puisqu'il propose la sienne, mais encore il aurait fallu au moins, donner la raison de toutes ces exclusions.

Voyons le traitement proposé par l'auteur. Au point de vue de la thérapeutique, il divise l'ozène en scrofuleuse et syphilitique, et il est d'avis qu'ayant toujours présents à l'esprit ces deux éléments étiologiques on arrive à guérir l'ozène.

L'auteur est partisan du traitement local et de la dilatation progressive des fosses nasales, dont le rétrécissement est pour lui une des causes de la persistance de la maladie.

Toute sa méthode consiste donc dans l'application d'un petit suppositoire composé de beurre de cacao et de différentes substances médicamenteuses, comme l'alun, le borax,

le tanin, l'oxyde de zinc, le benzoate de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le chlorure de sodium, le chlorate de potasse, le calomel, les iodures alcalins, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, les phénols, les tynates, etc. On mélange le beurre de cacao avec un peu de gomme adragante, afin de donner une certaine consistance au suppositoire.

Après avoir donné une douche nasale selon la méthode de Weber, on applique ce suppositoire le soir avant de se coucher soit dans une narine, soit dans l'autre; le suppositoire se fond pendant la nuit, et le malade en chasse les détritits avec le mucus. M. Cozzolino affirme en avoir obtenu de très bons résultats; nous aurions voulu lire quelques observations très détaillées; il aurait ainsi confirmé sa méthode. M. Cozzolino parle aussi de la dilatation des fosses nasales comme moyen très utile et devant entrer dans le traitement de l'ozène; il pratique cette dilatation par des bougies pyramidales du diamètre des narines.

Enfin l'auteur termine son travail par quelques mots sur la sténose congénitale ou acquise des fosses nasales, sur le pseudo-ozène par rhinite chronique, sur le pseudo-ozène par hypertrophie de la muqueuse nasale, par la présence de corps étrangers dans les narines et enfin sur les maladies des glandes naso-palatines et sur les végétations adénoïdes nasopharyngiennes.

Ces derniers chapitres, traités, du reste, d'une façon très sommaire, ne nous apprennent rien de nouveau.

Pour nous résumer, si nous devons louer M. Cozzolino d'avoir réuni beaucoup de matériaux pour l'étude complète de cette affection, qui forme encore à l'heure actuelle le désespoir des médecins et des malades, nous sommes obligés, à notre grand regret, de lui reprocher de ne pas avoir mis assez d'ordre dans leur classement et, par conséquent, de ne pas s'être fait une idée assez exacte de la nature de la maladie.

D^r BACCHI.

De l'anatomie pathologique de l'oreille

par le Dr HERMANN SCHWARTZE.

Traduit de l'allemand en anglais par le Dr DRUE GREEN (Boston, 1878).

Le traducteur nous dit dans sa préface que cet ouvrage constitue la sixième partie du *Manuel d'anatomie pathologique* de Kleb. C'est ce qui explique les dimensions un peu restreintes d'un ouvrage dont le titre semble embrasser une étendue très vaste. C'est un volume de 170 pages contenant beaucoup de gravures sur bois représentant des pièces pathologiques intéressantes et assez bien exécutées.

Quelques considérations générales sur l'organe de l'ouïe précèdent l'énumération successive des affections diverses dont il peut être le siège.

« Il est très rare de rencontrer sur le cadavre une oreille normale typique, nous dit l'auteur. Dans la plupart des cas, on trouve, surtout dans l'oreille moyenne, des produits pathologiques de congestion ou de sécrétion que l'on doit considérer comme des phénomènes dus à l'agonie ou s'étant produits après la mort. Ces altérations sont la règle sur les cadavres des malades qui ont succombé à des affections cardiaques ou pulmonaires et sont le résultat de la stase dans les branches de la veine cave supérieure. »

Le meilleur procédé pour disséquer une oreille est celle enseignée par le professeur Lucæ; ce n'est d'ailleurs que l'oreille interne qui présente quelques difficultés à ce point de vue. Aussi l'auteur donne-t-il sa méthode pour cette partie de la dissection. Il faudrait la reproduire tout entière, si nous voulions en parler, et la place nous manque.

L'histoire anatomo-pathologique des diverses parties constitutives de l'organe de l'ouïe comprend autant de chapitres qu'il y a de parties distinctes. Et chaque chapitre renferme un certain nombre de paragraphes qui se succèdent toujours dans le même ordre, dans chaque chapitre : 1° malformation; 2° hyperémie; 3° hémorrhagies; 4° troubles inflammatoires; 5° néoplasmes, en y intercalant nécessairement les quelques processus morbides, propres à tel ou tel

tissu, tels que la carie et la nécrose pour l'os, par exemple.

Le squelette osseux de l'oreille, le *temporal*, est le sujet du premier chapitre. A propos des malformations, il est dit que les défauts d'ossification sont les vices héréditaires les plus ordinaires, et c'est surtout dans la voûte de la caisse du tympan que l'on trouve ces anomalies. Il existe parfois chez les vieillards des trous dans la fissure pétro-squammeuse qu'il ne faut pas confondre avec une destruction due à une carie. L'existence de ces trous favoriserait d'après l'auteur l'extension des inflammations de l'oreille à l'encéphale. D'autres trous situés dans la paroi antérieure du méat externe, se rencontrent également parfois chez les vieillards. Ils sont dus à une affection désignée sous le nom d'*ostéoporosis*, mais l'auteur ne parle pas de la nature du travail ulcératif qui les produit.

La *carie* et la *nécrose* du temporal sont des affections continues : la première est souvent bilatérale et occupe comme siège de prédilection le toit de la caisse ; la nécrose est moins fréquente, sauf dans l'apophyse mastoïde ; nous en parlerons plus loin. C'est probablement à dessein que l'auteur ne fait aucune mention des altérations microscopiques de ces deux processus morbides : il se contente d'en donner les causes et d'indiquer le siège de chacun d'eux ; il en fait plutôt la pathologie abrégée que l'anatomie pathologique seule. Les *fractures*, les *exostoses*, les *cholestéotomes* sont successivement énumérés. Les *tumeurs malignes* du temporal sont rares, l'auteur en a vu trois cas, et il reproduit le dessin de l'un d'eux.

Les diverses malformations du *pavillon* sont l'objet d'une longue série de dessins mettant parfaitement sous les yeux du lecteur l'énorme variété de ce genre de vice de conformation.

Nous ne dirons que peu de choses du chapitre consacré à l'étude du *méat externe* et du *conduit* ; le paragraphe consacré aux *ulcérations* en général aurait pu prêter à des développements plus considérables, et, d'ailleurs, ici comme ailleurs, nous nous permettrons cette critique générale que c'est plutôt un abrégé de pathologie qu'une étude ana-

tomo-pathologique que nous trouvons à chaque page.

A propos des malformations de la membrane du tympan, l'auteur insiste sur la non-existence du foramen de Rivinus au point qu'il exprime son opinion en lettres italiques.

L'*hyperémie* de la membrane est l'occasion d'une description très détaillée et parfaitement complète de l'aspect que présente cette partie de l'organe. Les *hémorrhagies* de cette membrane seraient, parfois dues à une compression pulmonaire résultant d'un épanchement pleurétique ; cette relation de cause à effet admise par l'auteur a un peu le droit d'étonner. Les conséquences de la *méningite aiguë* sont étudiées longuement et d'une façon complète ; elles sont divisées en :

- 1° Anomalies de couleur ;
- 2° Anomalies de courbure ;
- 3° Perforations et formations cicatricielles ;
- 4° Opacités diverses : a) partielles ; b) totales.
- 5° Détachement du marteau ;
- 6° Abscess ;
- 7° Ulcérations ;
- 8° Anomalies de la membrane de Shrapnel.

Le paragraphe consacré à la *rupture de la membrane* est un peu court, si l'on considère la fréquence de cet accident et les occasions nombreuses que l'on a de les étudier.

Les malformations de la caisse du tympan portent surtout sur l'*étrier*, c'est le *marteau* qui est le plus rarement atteint. L'*inflammation catarrhale* se divise en *séreuse*, *muqueuse*, *purulente* ; mais ici, encore, l'étude anatomopathologique n'est pas aussi approfondie qu'on serait en droit de l'espérer d'après le titre de l'ouvrage. L'auteur insiste beaucoup dans le paragraphe suivant sur l'*inflammation adhésive*, et il énumère toutes les formes de bandes, cloisonnements et séparations que l'on rencontre parfois dans ces cas. La *carie* est une cause assez fréquente de déformations de l'*étrier* ; ces changements de formes sont très variables. Nous ne ferons qu'énumérer les paragraphes où il est question des *corps étrangers*, *polypes*, *fibromes*, *myxome*, *exostoses* et *cancer*.

Les quelques pages consacrées à l'étude de la trompe

d'Eustache renferment deux paragraphes intéressants, qui traitent l'un de la dégénérescence graisseuse des muscles qui avoisinent l'orifice inférieur à la suite de catarrhes chroniques occupant l'arrière-cavité des fosses nasales ; l'autre d'une hypertrophie des muscles tenseurs du voile du palais dans certains catarrhes chroniques de la trompe, lésion qui a déjà été signalée par Moos.

L'étude anatomo-pathologique de l'apophyse mastoïde est trop écourtée. La nécrose de cette partie de l'os temporal est signalée, mais d'une façon trop succincte et trop imparfaite quand on considère la fréquence de cette lésion et les nombreux points intéressants qui se rattachent à son étude.

Nous en dirons autant de l'oreille interne, avec cette différence, à l'excuse de l'auteur, que cette partie de l'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe aussi bien que la pathologie est peu élucidée. Cependant, il donne en tête du chapitre la méthode à suivre pour étudier l'oreille interne. Les membranes du labyrinthe conservent après la mort leur forme et leur aspect mieux qu'on ne croit, et avec le *modus operandi* dont nous parlons, il n'est pas difficile de faire des études microscopiques de l'oreille interne.

Le mode de développement du labyrinthe explique comment on peut avoir une absence congénitale ou un vice de conformation limité à cette partie de l'organe. Le labyrinthe, en effet, se développe aux dépens de la vésicule labyrinthique dans la région du cervelet, tandis que toute l'oreille moyenne et le conduit auditif externe sont formés par le premier axe branchial. Le nerf auditif se développe indépendamment de l'oreille moyenne et du labyrinthe ; l'absence congénitale de ce nerf est très rare et ne se rencontre que dans des cas d'absence simultanée du labyrinthe.

Existe-t-il une inflammation idiopathique primitive du labyrinthe membraneux ? L'auteur ne croit pas qu'on l'ait encore démontré : il publie une observation où une méningite consécutive emporta la malade et où il trouva

une inflammation aiguë purulente primitive dans le labyrinthe.

Enfin, parmi les lésions du nerf auditif lui-même, l'auteur énumère la *névrite* — la *dégénérescence fibreuse* — les *néoplasmes divers* (fibromes, sarcomes, néoromes, etc.), mais n'y insiste pas.

Comme le dit le traducteur dans la préface, ce petit volume est essentiellement un manuel; comme tel, il constitue une addition intéressante à la bibliographie de l'otologie et ne pourra manquer d'être lu par ceux qui s'occupent de cette branche de la science médicale.

Dr AIGRE,

Ancien Interne des hôpitaux.

Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe.

Par M. le Dr DELSTANCHE fils (de Bruxelles).

M. le docteur Delstanche a publié un mémoire sur les exostoses du conduit: c'est un travail de compilation où on trouve çà et là quelques observations et quelques réflexions personnelles.

Nélaton a ainsi défini l'exostose: « tumeur qui est le résultat d'une expansion anormale, et partielle du tissu d'un os, ou de la déposition de couches nouvelles sur quelque point bien circonscrit de sa surface. » Les exostoses sont toujours et uniquement composées de tissu osseux; elles se présentent toujours par conséquent sous l'une des formes du tissu normal. Elles sont celluleuses ou éburnées. Schwartze à ce propos, a émis l'opinion, partagée du reste par Virchow et Nélaton, que les exostoses celluleuses ou éburnées ne constituaient pas deux espèces différentes, mais bien deux degrés différents d'une même affection.

Toynbee a étudié la structure intime des exostoses du conduit, et il a trouvé qu'elles étaient formées de tissu osseux compacte. Aussi craignait-il de les opérer. Il est probable que ses examens ont porté sur des tumeurs de

petit volume, car des faits récents et relativement nombreux ont prouvé que les ostéocèles dont le volume nécessite l'intervention active de l'homme de l'art sont celluluses.

Nélaton avait observé que plus ces tumeurs se développaient lentement, et plus leur tissu était dense. Or, il est à remarquer que celles qui atteignent un volume assez considérable pour obturer le conduit, se développent rapidement, et sont celluleuses. Ce fait donnerait raison à la théorie de Nélaton.

Les exostoses du conduit se présentent sous forme de saillies très dures, mamelonnées ou elliptiques, à surface lisse ou légèrement ondulée. Il est rare qu'elles soient pédiculées; leur base est large, pas circonscrite, et se perd avec le tissu osseux circonvoisin. Elles semblent généralement tirer leur origine de la paroi supérieure.

Trœltsh dit les avoir toujours vues dans les deux conduits, l'auteur en cela d'accord avec Wild et Bonnafont dit qu'elles sont à peu près, constamment unilatérales. Il ajoute que lorsqu'elles existent par hasard des deux côtés, elles ont même forme, quelquefois même dimension, et même point d'implantation.

Sans atteindre un grand volume, ces tumeurs arrivent à boucher le conduit, et, fait digne de remarque, lorsqu'il en survient plusieurs à la fois sur le même point, elles entravent mutuellement leur développement, et le conduit reste perméable. Leur point d'implantation diffère selon qu'elles sont solitaires ou multiples. Les premières naissent près du méat, les secondes près du tympan.

Les exostoses du conduit ont une conformation particulière, conformation qu'on ne rencontre sur aucune autre partie du corps. Elle est due très certainement à la structure anatomique de la région. Le périoste et la peau du conduit étant intimement liés, ne forment pour ainsi dire qu'une seule membrane; alors les exostoses du conduit ont un revêtement cutané fortement adhérent, sans interposition d'autres éléments. De plus, la peau qui les recouvre est toujours glabre.

Elles ont trois aspects différents :

1° Quand il n'y a dans le conduit aucun symptôme d'inflammation ; elles ont l'aspect de l'ivoire poli ; et si on n'était point prévenu, on pourrait supposer que l'on a sous les yeux le tissu osseux lui-même.

2° S'il y a phlegmasie, ou encore ce qui arrive souvent, si la surface de l'exostose a été agacée par le cure-oreille, elles offrent une teinte rouge plus ou moins foncée selon le degré d'hypérémie.

3° Dans le cas d'otorrhée, et dans ce cas seulement, le revêtement peut devenir épais, spongieux, et se couvrir de granulations charnues.

Les auteurs jusqu'ici ne sont point d'accord sur leur degré de sensibilité. Trœltsh par exemple, insiste sur leur extrême sensibilité ; d'autres soutiennent qu'elles sont complètement indolores. M. Delstanche reconnaît que ces deux affirmations contradictoires contiennent chacune une part de vérité et il concilie les deux opinions en disant que les exostoses situées près du méat sont insensibles, et que celles situées plus profondément sont douloureuses au toucher. Il explique cette différence en se basant sur ce fait que les parois du conduit auditif supportent d'autant moins les attouchements que l'on s'éloigne davantage de l'entrée du méat pour se rapprocher du tympan. Cette explication est ingénieuse sans doute, mais s'appuie-t-elle sur des faits cliniques bien démontrés ?

Quelle est la cause des exostoses ? Certaines races y sont-elles plus prédisposées que d'autres ?

On les a constatées à peu près également chez tous les peuples.

Toynbee et Trœltsh pensent que l'abus des alcools et des aliments excitants jouent un certain rôle sur leur production ; et Toynbee y ajoute l'influence de la diathèse goutteuse ou rhumatismale. Schwartze et Nélaton admettent l'hérédité.

Wild et Ran estiment qu'elles sont dues à une ostéite ou à une périostite.

Wirchow croit à l'influence du frottement. Triquet en fait un accident tertiaire de la syphilis.

L'auteur sans oser affirmer croit pouvoir d'après ses observations personnelles exclure toute corrélation entre la goutte, le rhumatisme et les exostoses du conduit. L'influence des alcools et de la syphilis ne lui paraît pas non plus suffisamment démontrée. Il pense que l'hérédité peut en être quelquefois la cause ; mais il croit surtout pouvoir rattacher dans la plupart des cas leur origine à une phlegmasie chronique des parois du conduit auditif, tantôt primitive, tantôt consécutive à une lésion analogue de l'oreille moyenne. Il en excepte pourtant les exostoses multiples siégeant contre le tympan.

Les symptômes généraux observés sont ceux de l'oblitération du conduit.

Le pronostic doit imposer une certaine réserve. Il est grave dans le cas d'otorrhée, car il peut y avoir rétention du pus.

Le traitement aujourd'hui est chirurgical, mais Wild partant de l'hypothèse d'une périostite chronique, préconise les saignées locales et l'usage des mercuriaux. Il cite un cas de resorption d'une exostose du conduit chez un pléthorique par ce traitement.

Toynbee prescrit l'iode intra et extra, mais il condamne énergiquement l'intervention chirurgicale.

C'est Bonnafont qui, le premier, est intervenu chirurgicalement. En 1863, il relatait trois cas de guérison obtenus en se frayant un passage par la dilatation progressive entre la tumeur osseuse et la paroi du conduit à l'aide de stylets gradués et de légères cautérisations au nitrate d'argent.

Quelque temps après il fit la trépanation de la tumeur. M. Delstanche rapporte les observations de Bonnafont et son mode opératoire aujourd'hui suffisamment connus pour qu'il soit inutile de les reproduire.

M. Delstanche blâme M. Bonnafont d'avoir agi avec trop de prudence : il estime qu'il faut provoquer une très vive inflammation du conduit pour arriver à une guérison complète.

Il déclare qu'il est impossible *a priori* de tracer une ligne de conduite opératoire ; il faut souvent essayer de beaucoup

de procédés pour arriver à un bon résultat. Il n'a, du reste, opéré qu'un malade ; sur 25 cas d'exostose observés par lui, il n'a trouvé que deux malades chez lesquels la néoformation osseuse était développée au point de motiver un acte opératoire ; et un seul, comme je l'ai dit, a été opéré. Nous allons donner son manuel opératoire qui, du reste, ne nous semble pas différer de ceux employés jusqu'ici. Il commença par introduire entre les parois du conduit et la tumeur, l'extrémité boutonnée d'un mince stylet en argent ; l'instrument fut retiré au bout de quelques minutes, et le malade, qui était complètement sourd auparavant, put entendre la montre à plusieurs centimètres de distance.

Immédiatement après, il introduisit un mandrin en gomme, et le laissa séjourner une heure. Dès le lendemain, il y avait une réaction inflammatoire violente dans l'oreille, qui dura 15 jours.

Un deuxième essai au bout de ce temps entre la tumeur et le conduit amena le même résultat.

Il tenta alors la perforation de l'exostose avec un petit foret dont la pointe, en fer de lance, avait 2 millimètres de large. En 3 séances, la tumeur, qui mesurait d'avant en arrière 2 centimètres, fut traversée.

Ce temps d'opération ne s'accompagna d'aucune sensation pénible et ne fut suivie que d'une réaction inflammatoire modérée.

Après quelques jours de repos, pendant lesquels le malade s'introduisit de temps en temps dans l'ouverture ménagée au centre de l'exostose une bougie ; la même opération fut recommencée avec un foret analogue, mais d'un diamètre double.

L'écoulement fut purulent et plus abondant que la première fois, mais il n'y eut rien de particulier à signaler.

Quelques cautérisations au chlorure de zinc déliquescent furent faites, afin de provoquer la mortification des surfaces dénudées.

La tumeur fut ensuite attaquée avec une scie, mais sans résultat. La même opération fut tentée avec un petit bistouri boutonné, et un tiers de la tumeur fut enlevé.

Il renvoya alors son malade (septembre 1875), qui malgré une légère otorrhée entendait la montre à un mètre. Il y avait sur le tympan quelques plaques calcaires.

En mars 1876, l'auteur revit le malade, la largeur de son méat était de 7 à 8 millimètres, le tympan normal, à part les plaques calcaires, et l'otorrhée avait cessé depuis plusieurs mois.

Le 21 juillet 1877, le malade revint. Au point de vue de l'exostose, tout allait bien; le malade entendait la montre à 1^m,50 environ.

Ce malade est donc guéri.

Clark a essayé des courants continus avec résultat : 3 aiguilles furent introduites dans l'épaisseur de la tumeur, 2 à la base, l'autre au sommet. On mit les premières en communication avec le pôle négatif, la dernière avec le positif. Chaque séance ne dépassa pas 3 minutes; à 3 semaines de là la tumeur était devenue mobile et une pression exercée sur elle en amena le décollement. Le malade entendit.

On peut donc conclure qu'il faut agir chirurgicalement, et le meilleur procédé opératoire reste encore à déterminer.

Il n'est pas suffisamment établi que les diathèses goutteuses, rhumatismales, syphilitiques, aient une influence sur la production des exostoses du conduit.

Il n'en est pas de même de l'hérédité, de l'inflammation spontanée ou traumatique, secondaire ou primitive de l'os ou du périoste du conduit. Elles peuvent naître d'un point quelconque du conduit, mais généralement de sa paroi postérieure.

Leur degré de sensibilité varie selon la situation plus ou moins profonde qu'elles occupent dans le méat. La cause de ce phénomène, malgré une ingénieuse explication de M. Delstanche, reste encore à démontrer.

Dr P. HERMET.

Compte rendu de la section de Laryngologie au congrès médical de Pise.

(Du 22 au 29 septembre 1878.)

La première fois que, dans un congrès médical, fut reconnue à la laryngoyatrie son autonomie comme pour toutes les autres branches de la médecine, ce fut au congrès médical de Turin, qui eut lieu en 1876, où l'on institua une section tout exprès pour la laryngoyatrie, dont la présidence fut accordée à M. le Dr Labus, de Milan. Nous sommes heureux de constater que, dans le dernier congrès de Pise, on avait destiné une section particulière à la laryngologie; qu'un nombre assez considérable de travaux fut présenté, ce qui prouve combien cette spécialité est bien cultivée en Italie. Nous souhaitons maintenant que l'exemple donné par l'Italie soit imité par les autres nations et que, dorénavant, dans les congrès de médecine, soit assignée au niveau des autres spécialités une place à la laryngoyatrie; voici un compte-rendu de la section laryngologique du congrès de Pise :

1^{re} séance. Nomination du président : M. le Dr Massei, de Naples ; du secrétaire : M. le Dr Baguzzi.

M. le Dr Labus présente la publication complète des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, que MM. les Drs Ladreit de Lacharrière et Krishaber, par l'entremise de M. le Dr Pietrasanta, ont envoyée en hommage. M. le Dr Labus rappelle en quelques mots le souvenir du Dr Bulgheri de Brescia, lequel aurait certainement contribué au progrès de la science, si une mort prématurée ne l'eût enlevé dans la fleur de l'âge.

On donne ensuite lecture d'une communication du Dr Masucci, de Naples, sur le *traitement local des lésions syphilitiques du larynx*, dans laquelle l'auteur se prononce en faveur de l'existence des plaques muqueuses, rendant hommage aux recherches de Krishaber, Mauriac et Massei, et insiste pour démontrer l'utilité de l'application topique d'une solution de sublimé avec le pulvérisateur, et les insufflations de *calomel*.

M. Labus croit que les plaques muqueuses ne sont pas pas aussi rares, qu'on le pense généralement, et que si souvent elles échappent à la vue, c'est parce que d'habitude on fait l'examen laryngoscopique avec la lumière artificielle qui les rend bien moins apparentes que la lumière naturelle, ce dont on peut à chaque instant se convaincre en faisant la comparaison des deux lumières pour les plaques du pharynx. M. Margary appuie les observations de M. Labus.

2^e séance : M. le Dr Zawerthal lit un mémoire *sur le traitement de certaines affections qui intéressent la cavité naso-pharyngienne*. L'auteur, après avoir cité les différentes lésions qui peuvent se présenter, s'arrête spécialement sur le catarhe chronique de la cavité naso-pharyngienne et sur son traitement et attache une certaine importance aux applications topiques ; après avoir condamné la méthode des injections dans les cavités nasales à cause des accidents qui peuvent se produire dans l'organe de l'ouïe, il a imaginé un appareil pour la pulvérisation des liquides : c'est un pulvérisateur à froid dont le bec est courbé pour pouvoir l'introduire derrière le voile du palais, et dont la pointe se termine de manière à ce que les liquides qui sortent ne puissent se porter sur les parties latérales, vers l'embouchure des trompes d'Eustache.

M. le Dr Labus observe que dans les nombreux cas où il a appliqué l'irrigation nasale avec la méthode de Weber il n'a jamais eu occasion de se plaindre d'accidents, si, comme on doit le faire, on prend les précautions nécessaires.

M. Massei partage l'opinion de M. Labus et il dit que dans le cours de sa pratique il a toujours à se louer de la seringue de Fauvel.

L'ordre du jour porte ensuite une lecture intitulée : *Communication laryngologique*, par le Dr Massei. C'est d'abord un cas de sténose pharyngienne chez un jeune homme syphilitique où, après une infiltration gommeuse, s'était formé un diaphragme de tissus fibreux qui obstruait toute l'ampleur du pharynx au niveau de l'épiglotte, laissant seulement un petit trou à gauche de sept à huit millimètres à travers lequel passaient l'air et les aliments ; l'auteur a obtenu la gué-

raison avec la dilatation forcée. Ensuite il appelle l'attention sur un cas d'aphtes du larynx, lequel n'est intéressant que par sa rareté, car, jusqu'à présent la littérature médicale est muette à ce sujet.

Il s'agit d'une dame de 60 ans qui fut saisie d'un enrouement étant déjà prise d'aphtes tonsillaires ; le laryngoscope fit reconnaître la présence de plusieurs aphtes sur la muqueuse aryténoïdienne ; la marche fut rapide et la guérison spontanée.

M. Labus observe, en effet, que le cas des aphtes doit être rare, car dans sa pratique il n'a eu l'occasion d'en observer que deux cas, mais tous deux incontestables. C'étaient un ténor et un soprano qui étaient déjà en traitement depuis quelque temps pour un catarrhe laryngien ; dans ces deux cas il a pu observer sur le tiers moyen de la vraie corde vocale droite le développement, la formation de l'exsudat et l'élimination, et par conséquent la guérison dans l'espace de quatre à cinq jours sans aucun traitement local ; le phénomène se réduisait à un fort enrouement. Ensuite le Dr Baguzzi donne communication *d'un cas de paralysie des cordes vocales* ; il s'agit d'un malade qui, ayant une pleurésie exsudative à droite, manifesta une paralysie des abducteurs et adducteurs de la corde vocale gauche ; le Dr Baguzzi expliquait que la cause de cette paralysie devait dépendre d'un tiraillement du recurrent occasionné par un épanchement pleurétique. M. Margary fait observer que le simple tiraillement du nerf n'amène pas une paralysie, car il est reconnu qu'en chirurgie, dans des cas de névralgie, on pratique le tiraillement du nerf pour soulager le malade sans que l'on observe l'inconvénient d'une paralysie.

Vient ensuite une vive discussion sur la cause de cette paralysie, dans laquelle M. Labus avance la supposition que, par effet de déplacement du médiastin et, en admettant l'existence, facile du reste dans un cas pareil, de l'engorgement des glandes péri-bronchiales, on pourrait avoir, au lieu d'un tiraillement, une compression sur un point quelconque du trajet du nerf.

3^e séance. M. Labus donne lecture de son travail déjà an-

noncé dans le programme du congrès et intitulée : *De l'écorchement des cordes vocales*. L'auteur commence à rappeler que le catarrhe laryngien est une maladie très fréquente chez les chanteurs, et il en explique les causes : par suite de certaines circonstances ce catarrhe laryngien devient chronique, se localisant de préférence sur les cordes vocales avec les conséquences inévitables d'un épaissement des couches superficielles de la muqueuse ; on comprend ainsi facilement comment la voix peut être altérée. L'auteur a eu l'occasion d'observer cette maladie chez les chanteurs dans la proportion du 10 pour 100 ; il a pu observer aussi que le plus fort contingent était fourni par les femmes et les ténors. Après avoir essayé tous les moyens de traitement, M. Labus a dû se convaincre de leur inutilité, car sur une centaine de cas qu'il a soignés avec la méthode ordinaire il n'a observé que fort peu de guérisons, et si, dans d'autres cas, on croyait l'avoir obtenue, elle n'était que fictive, car avec les exercices de chant, la maladie reparaisait.

Alors il lui est venu à l'idée d'essayer une autre méthode qui consiste à enlever ce tissu épaissi par un moyen chirurgical, au lieu d'en attendre la guérison par les traitements connus. Pour arriver à ce but, l'auteur se sert d'une pince mordante à branches horizontales de derrière en avant, selon la direction des cordes vocales, et se serrant de haut en bas. Ensuite il rapporte une douzaine de cas opérés d'après cette méthode et chez lesquels on a pu constater les résultats les plus satisfaisants ; il finit par conclure que c'est une méthode de guérison qui a l'avantage sur les autres, quand elle est faite selon les règles de l'art, d'être innocente, brève et radicale.

M. Zaverthal donne lecture de son mémoire sur *l'Anesthésie locale du larynx*. L'auteur, pour se faire une juste idée de son utilité, a fait des expériences sur des chiens avec le procédé de Türck et il a pu se convaincre que, si la dose du remède était grande, l'anesthésie était générale ; et que si la dose était faible, l'anesthésie s'arrêtait aux périodes d'excitation. Dans une autre série d'expériences faites sur des malades, il a obtenu une anesthésie incomplète dans la proportion de 57 0/0. L'anesthésie désirable n'a été obtenue que dans

la proportion de 10 0/0; et dans la proportion de 30 0/0, il a fallu renoncer à cette pratique à cause des phénomènes d'empoisonnement qui s'étaient développés. L'auteur termine en affirmant ses convictions sur l'inutilité de ce procédé, et montre qu'on peut réussir très bien dans les opérations laryngoscopiques, quand on observe les exigences chirurgicales. M. Massei observe que dans les quelques cas d'anesthésie qu'il a pratiqués, il n'a jamais eu à se louer de ce procédé. M. Labus reprend que dans les 80 cas d'opération de polype qu'il a pratiqués, il s'est servi seize fois de l'anesthésie d'après la méthode Türk et Schrötter, et que si dans deux ou trois cas elle n'a pas répondu à son attente, dans les autres il a obtenu une diminution de sensibilité plus ou moins grande qui a contribué à faciliter l'opération; du reste, il est convaincu que ce n'est pas un procédé nécessaire, car on surmonte très bien les difficultés, quand on a acquis l'adresse voulue pour ces sortes d'opérations.

4^e séance. M. Massei parle sur les différentes formes de la tuberculose laryngienne; il croit devoir porter à quatre ses principaux types, c'est-à-dire: l'ulcération, la perichondryte aryténoïdienne, l'infiltration des cordes vocales par des tubercules.

Il indique les différentes formes anatomiques s'arrêtant sur le siège de prédilection des deux premières, c'est-à-dire, la muqueuse inter-aryténoïdienne et aryténoïdienne.

L'auteur compare cette étude avec celle des formes thoraciques, faisant ressortir l'importance de l'examen laryngoscopique dans certaines affections pulmonaires latentes au début, et il croit possible que le larynx puisse être le siège primitif de la tuberculose.

L'ordre du jour porte ensuite le travail de M. Labus sur les moyens les plus convenables pour le traitement de la phthisie laryngienne. L'auteur, après avoir appelé l'attention sur le nombre extraordinaire de pareils malades qui sont la vraie *crux medicæ* dans le découragement provoqué par l'inefficacité des remèdes, prie ses confrères de vouloir dans cette fraternelle réunion exposer le résultat de leur expérience personnelle.

M. Labus, pour son compte, dit qu'après avoir essayé toutes les médications vantées par leurs auteurs, il n'a jamais eu à se louer d'aucune ; car si dans quelques cas une médication semblait avoir arrêté la maladie, dans d'autres cette même médication était restée inutile ou même nuisible. La seule de laquelle il ait trouvé une utilité, est la pulvérisation d'un sel de morphine à 30 0/0 contre les douleurs de la période ulcéreuse.

M. Massei dit que le résultat de sa pratique est identique à celui de M. Labus.

5^e et dernière séance. M. Massei donne lecture de son travail annoncé avec le titre : *Trachéoscopie par transparence*. Après avoir rappelé que, avant lui, Czernak et d'autres avaient essayé l'illumination par transparence du larynx, il cherche à indiquer pour quelles causes ce procédé ne fut pas popularisé, et il finit par expliquer que l'illumination par transparence réussit bien mieux pour la portion extra-thoracique de la trachée que pour le larynx ; car tandis que la lumière trouve obstacle à traverser le cartilage thyroïde, elle passe très bien, au contraire, parmi les espaces membraneux qui existent entre les différents anneaux cartilagineux de la trachée.

Ses vues ont été appliquées à un cas de sténose trachéale dans lequel avait été pratiquée la trachéotomie, mais avec le procédé sus indiqué ; il arriva à se rendre compte des conditions de la trachée, lorsque les autres moyens eurent échoué, même la trachéoscopie de Neudörfer.

Ensuite le D^r Labus présente et démonte un *mannequin pour les exercices laryngoscopiques* dont les lecteurs de ce journal ont eu déjà connaissance, par le résumé qui a été publié dans le numéro 1^{er} de cette année.

Enfin, en dernier lieu, M. le professeur Clementi de Catania donne communication d'un second cas de sangsue dans le larynx qu'il a eu occasion de voir. Après avoir rappelé comment de semblables cas sont plus faciles à rencontrer dans la campagne où les paysans ont l'habitude de boire dans les ruisseaux. M. Clementi dit qu'il ne croit pas que de pareils cas soient aussi rares qu'on le pense généralement, car

souvent ils échappent à l'observation. Il avait déjà donné dans les journaux de 1866 la publication d'un premier cas, et quant au second cas, il s'agit d'un homme de 50 ans, charretier de profession, qui lui fut envoyé par le Dr Abate : il avait bu dans une fontaine vingt-six jours auparavant; presque immédiatement après il eut un sentiment de constriction à la gorge; dans la nuit même, il eut un peu de toux sans dyspnée; ensuite il commença à cracher du sang rouge, mais seulement de temps en temps et sans régularité. Il resta dans cet état vingt-trois jours sans qu'aucun médecin pût lui porter secours. Tout d'un coup la toux et la dyspnée augmentèrent au point de faire craindre la suffocation; le vingt-sixième jour le malade alla chez M. Clementi qui soupçonna de suite qu'il s'agissait d'une sangsue dans le larynx, et, en effet, avec le laryngoscope il vit une sangsue dont la ventouse antérieure était attachée immédiatement au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales, et la postérieure à la partie inférieure de la corde vocale gauche, vers son tiers moyen. L'anse du corps de la sangsue pendait en bas. En présence du Dr Abate, M. Clementi exécuta l'extraction de la sangsue avec une robuste pince qu'il avait fait construire exprès pour le premier cas et dont les branches étaient pourvues de petites dents aiguës dirigées d'avant en arrière comme celles des poissons. L'opération fut faite au moment de l'expiration pendant laquelle l'anse formée par le corps de la sangsue était poussée en haut.

Aussitôt le malade reprit sa libre respiration et le timbre normal de la voix.

L'auteur donne la relation d'un autre cas dans lequel tout le porte à croire qu'il s'agissait encore d'un cas de sangsue dans le larynx. C'était un robuste paysan de 14 ans qui se présenta chez un médecin en disant qu'il soupçonnait avoir avalé une sangsue, parce qu'il crachait du sang de temps en temps. On essaya l'examen laryngoscopique, mais sans aucun résultat. Quelques jours après survint la dyspnée, et au moment où on allait examiner la gorge, le malade tomba presque mort : on le transporta à l'hôpital où l'on voulait pratiquer la trachéotomie, mais les parents s'y étant

opposés, le malade mourut ; malheureusement on ne fit pas l'autopsie.

A. LUCÆ. *Zum Mechoinsmus des gaumensegels u. der Tuba Eustachii bei Normalhävenden.* (*Du rôle du voile du palais et de la trompe d'Eustache dans l'audition normale.*) Ext. de *Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 1878.

L'auteur a eu occasion d'étudier le rôle du voile du palais et les changements que subit l'ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache, chez deux individus à ouïe parfaitement normale, dont le nez avait été entièrement détruit par la syphilis, de manière à donner libre accès au regard dans la cavité naso-pharyngienne. Dans un précédent travail, Lucæ avait formulé cette conclusion que, pendant la déglutition, la phonation, l'aspiration et dans la respiration forcée, le voile du palais, en s'élevant, comprime et obstrue l'ouverture de la trompe et qu'il se produit ainsi une aspiration de l'air dans la trompe. L'observation des cas qu'il présente aujourd'hui a confirmé l'auteur dans ses conclusions et il ajoute que l'élévation du voile du palais comprime l'orifice tubaire, qui se rouvre lors de la descente de cet organe. L'orifice tubaire se ferme donc dans la déglutition et dans la phonation.

D^r KUHFF.

J. SCHNITZLER. *Ueber Laryngoskopie and Rhinoskopie, etc.* (*De la laryngoscopie et de la rhinoskopie et de leurs applications*). Vienne, 1879.

S... a consacré 6 leçons à la laryngoscopie et à la rhinoscopie. Après un cours historique, dans lequel il attribue au Français Manuel Garcia l'honneur d'avoir le premier pratiqué la laryngoscopie méthodique, l'auteur décrit l'arsenal instrumental nécessaire à l'inspection du larynx ; il consacre un chapitre à la technique spéciale, et un autre chapitre à l'étude des différentes difficultés que

peut rencontrer l'explorateur. La 5^e ligne renferme la description de l'image laryngoscopique aidée de bonnes figures qui facilitent l'étude de la topographie de cette image. Les rapports du larynx sont étudiés ensuite; enfin, l'auto-laryngoscopie et les procédés de démonstration usités dans les cours sont également traités.

Enfin, vient l'examen des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne par la rhinoscopie postérieure et antérieure. De nombreuses figures très bien faites et très soignées complètent le texte et font de ce petit précis un manuel commode.

D^r KUHFF.

A. HARTMANN. Ueber Taubstumme (*De la surdi-mutité*). Extr. de la *Deutsch. Med. Wochenschr.*, n^o 48 et 49, 1877.

L'auteur estime à 250,000 le nombre des sourds-muets existant en Europe, dont 39,000 pour l'Allemagne, la Prusse en revendiquant à elle seule (en 1871), 24,488. Il y aurait plus de sourds-muets dans les contrées montagneuses que dans les pays de plaine. On comptait, en 1870, 1 sourd-muet pour 408 habitants en Suisse, tandis qu'en Hollande la proportion est de 1 pour 2714, et en Prusse de 1 pour 1064. Hartmann a compté, sur 92 élèves de l'Institut royal des sourds-muets de Berlin 31 cas de surdi-mutité congénitale, à l'Institut municipal de la même ville, il ne se trouve que 14 sourds-muets de naissance sur 93 élèves. Les 45 cas de surdi-mutité congénitale reconnaissent pour cause : 9, la prédisposition héréditaire ; 8, le mariage consanguin ; 7, l'existence d'affections mentales dans la famille ; tandis que 21 de ces cas ne peuvent trop être rattachés à quelque cause appréciable.

La surdi-mutité acquise reconnaît pour principale origine l'existence d'affections cérébrales. Celle-ci a été constatée chez 66 élèves, sur 185 que renferment les deux instituts de Berlin. Les écoles de sourds-muets du grand-duché de Bade fournissent la proportion de 88 pour 205, et on trouve le rapport de 111 à 954 dans les États allemands de l'Autriche.

D^r KUHFF.

